Das schweizerische Tuberkulosegesetz

Geschichte, Inhalt, Ausführung und Erfolg bis zur Gegenwart

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät der Universität
BASEL

Vorgelegt von
HANS MARTIN SUTERMEISTER
von Zofingen



1941
Druck von Benno Schwabe & Co.
Basel

Von der Medizinischen Fakultät Basel genehmigt auf Antrag
von Herrn Prof. Dr. *Hans Hunziker*

Tag der Promotion: 8. Mai 1941

Sonderabdruck aus
«DIE GESUNDHEITSPFLEGE DER GEGENWART»

A. Geschichte des Gesetzes

Um die Bedeutung des schweizerischen Bundesgesetzes gegen die Tuberkulose zu verstehen, muß man es im Rahmen des etwa um die Jahrhundertwende beginnenden Kampfes gegen diese noch heute wichtigste Volksseuche betrachten.

Die Tuberkulose[1]), schon seit *Hippokrates* bekannt, galt bis zur Mitte des letzten Jahrhunderts als *hereditäre Konstitutionskrankheit,* der gegenüber sowohl bei Patient als auch beim Arzt ein gewisser Fatalismus herrschte. Erst als im Jahre 1865 *Villemin* ihre *Uebertragbarkeit* bewies, und *Robert Koch* 1882 den *Tbc-Bazillus* entdeckte, wagte man eigentlich, den Kampf gegen sie aufzunehmen. Allerdings wurden die großen Hoffnungen, die man in eine *spezifische Therapie* nach Analogie der Pockenimpfung gesetzt hatte, *enttäuscht.* Die Krankheit blieb nach wie vor derart verbreitet, daß man sie für ubiquitär und daher unvermeidlich oder sogar „zur Ausmerzung der Lebensuntüchtigen" für naturnotwendig hielt (*Grancher*), bis man auf die Erfolge der helioklimatischen Therapie aufmerksam wurde. Schon im Jahre 1838 hatte der deutsche Arzt *Röslin* behauptet, daß man auf diese Weise die Schwindsucht „ohne Apotheke" behandeln könne. Das erste europäische Sanatorium, das 1859 von *Brehmer* in Görbersdorf gegründet wurde, bewies vollends, daß die Tuberkulose nicht mehr zu den unheilbaren Krankheiten gehört. Auf eine Beobachtung von Prof. *Seitz,* München, hin, daß sich besonders das Höhenklima zu solchen Kuren eigne, veranlaßte die schweizerische naturforschende Gesellschaft 1863 200 Aerzte, in den Jahren 1865—1869 eine Statistik über Lungentuberkulose mit Bezug auf die Höhenlage aufzunehmen. Man fand dabei eine durchschnittliche Mortalität an Lungentbc. von $18,6^0/_{000}$, die tatsächlich proportional der Höhenzunahme niedriger wurde. Daneben fiel aber außerdem noch auf, daß die Tbc.-Sterblichkeit auch stark von der sozialen Stellung abhängt. Aus

[1]) Im folgendenden Tbc.

diesem Grunde eröffnete Brehms Schüler *Dettweiler* bereits in jenen Jahren in Falkenstein die erste Volksheilstätte für Unbemittelte. In der Schweiz wurden ermunternde Resultate in den Heilstätten für skrofulöse Kinder von *Grassi* in Purtein und von *Rüedi* in Davos (1841) gemacht. Im Jahre 1865 berichteten *Spengler* und *de Meyer* über ihre Selbstheilung in Davos, und 1876 konnte Prof. *Vogt*, Bern, vor dem ärztlichen Zentralverein die *Heilbarkeit der Tbc. durch Höhenklima* zu einer feststehenden Tatsache der Wissenschaft erklären.

I. Die Privatinitiative

Jetzt begann die optimistische *Aera der Sanatoriumsgründungen.* Freilich beschränkten sich diese anfangs noch zu sehr auf die Zwecke der Fremdenindustrie, wie sich *Sonderegger* in seiner Schrift: „Ueber Tuberkulose und Heilstätten" beklagte, und *Walter Bions* Aufruf zur Gründung von Volksheilstätten blieb zunächst ohne Echo. Erst als sich *Christen* 1889 an die „Gemeinnützige Gesellschaft" wandte und diese eine Kommission zur „Bekämpfung der Infektionskrankheiten" gründete (1891), sowie durch *Turban* „Normalien zur Gründung von Volksheilstätten" herausgab (1893), faßte diese Idee Fuß. So wurde 1893/94 durch die Initiative von *Morin* in Leysin die *erste schweizerische Volksheilstätte* eröffnet, der 1895 dank einer Sammlung anläßlich Berns 700jähriger Gründungsfeier Heiligenschwendi folgte. 1896 gründete die „Gemeinnützige Gesellschaft" von Basel-Stadt in Davos eine weitere und um 1900 waren es ihrer schon ein halbes Dutzend.

Allein auch die großen Hoffnungen, die man in die helioklimatische Behandlung der Tbc. gesetzt hatte, erfüllten sich nur zum Teil. Darüber täuschte auch die deutliche Abnahme der Tbc.-Mortalität nicht, denn abgesehen von den guten Resultaten bei der Knochen und Gelenktbc. (*Rollier*) konnte bei der Lungentbc. nur in leichten und beginnenden Fällen eine Dauerheilung erzielt werden, und im übrigen blieb es, obgleich immer längere Kuren versucht wurden, bei einer bloßen Lebensverlängerung. Auf dem Wege der Heilung ließ sich offenbar die Tbc. nicht ausrotten. So wurde man immer mehr darauf aufmerksam, daß gerade bei dieser Krankheit „*Vorbeugen besser als Heilen*" ist. Schon 1876 hatte *Vogt* im ärztlichen Zentralverein neben der Tatsache der Heilbarkeit der Tbc. auch ihre *Vermeidbarkeit* postuliert, führte er doch ihre große Verbreitung nicht mehr auf „Ubiquität" oder Heredität, sondern auf einen „Mangel an privater und öffentlicher Hygiene" zurück. Diese Ansicht wurde wissenschaftlich durch die Forschungen des Sanatoriumsarztes *Ranke* über die Pathologie der Tbc. bestätigt. In Analogie zur andern großen, auch von Anfang an chronischen Volksseuche, der Lues, teilte er den tuberkulösen Krankheitsprozeß bekanntlich in drei Stadien ein, die durch eine stufenweise Ver-

änderung der Reaktion des menschlichen Organismus gegen die eingedrungenen Tbc.-Bazillen im Sinne vermehrter Resistenz bedingt seien: Primärinfekt-hämatogene Generalisations-Organtbc. Er fand nun, daß der Primärinfekt so gut wie nie über die Plazenta, d. h. hereditär zustande kommt, sondern postnatal, und zwar vor allem durch Tröpfchen-, neben Schmier- und Staubinfektion. Tatsächlich bleiben die Säuglinge gesund, wenn sie sofort nach der Geburt von ihrer kranken Mutter entfernt werden. Schon *Sonderegger* war es aufgefallen, daß in Waisenhäusern relativ weniger tuberkulöse Kinder angetroffen werden.

Vererbt wird also nur eine *Disposition*, und zwar mit rezessivem Erbgang, wie sich inzwischen aus der modernen Zwillingsforschung von *Diehl* u. a. ergeben hat. Für diese Disposition glaubte man anfänglich im „habitus phthisicus s. asthenicus" ein sicheres Erkennungszeichen gefunden zu haben, was sich aber als Irrtum herausstellte (die Tbc. merzt nicht einfach die Schwächlichen aus), sondern man bleibt eben auf die Familienanamnese angewiesen. Zur angeborenen kommt aber noch die ebenfalls wichtige erworbene Disposition. So ist z. B. bekannt die auffallende Resistenzschwäche der Kinder gegen Tbc. nach Masern und Keuchhusten. Auch Alkoholismus, staubige Berufe disponieren erfahrungsgemäß. Aber auch auf die *Massivität der Infektion* kommt es an, während Virulenzunterschiede der Erreger eine geringe Rolle zu spielen scheinen. So ist nach der heutigen Auffassung der Typus bovinus nicht etwa benigner als der Typus humanus, sondern bei der Darminfektion bildet bloß der ausgedehnte Lymphapparat des Mesenteriums einen bessern Schutz. Wie die drei zeitlichen Stufen (Primärinfekt — hämatogene Generalisation — Organtbc.) bezog nun *Ranke* auch die drei Intensitätsgrade (exsudative, nodöse, proliferierende Tbc.) auf Unterschiede in der Resistenz. So reagiert der Säugling sofort mit der malignen exsudativen Form, weshalb man ihn ja besonders vor Exposition schützen muß. Ein weiteres Maximum der Tbc.-Mortalität wurde schon in jener ersten Statistik von 1865—1869 für das Alter von 15—25 Jahren festgestellt, was man mit der Störung des innersekretorischen Gleichgewichts während der Geschlechtsreifung zusammenbringen kann. In den dazwischenliegenden Lebensjahren ist die Reaktion von geringerer Heftigkeit. Hier bedeutet Ansteckung nicht ohne weiteres Erkrankung.

Diese Erscheinungen wurden dann durch die Immunitätslehre *Ehrlichs* im Zusammenhang dargestellt und durch die Pirquetreaktion und *Nägelis* bekannte Obduktionsbefunde (1900) bestätigt. Man entdeckte also die überraschende Tatsache, daß über 90% eine *Kindheitsinfektion* durchmachen, die, falls sie nicht in den ersten Lebensmonaten erfolgt, meist *stumm* verläuft und eine relative *Immunität* hinterläßt. „Die Tuberkulose ist nur das Ende vom Lied, das dem Kind in der Wiege gesunden wurde" (*Behring*).

Die relative Immunität kann nun aber durch interkurrente Krankheiten, Alkoholismus, usw., gestört werden, wobei eben jener „Mangel an privater und öffentlicher Hygiene", auch bezüglich einer Reinfektion eine große Rolle spielt.

Diese Erkenntnisse hatten einen Frontwechsel im Kampf gegen die Tbc. zur Folge. Das Interesse wandte sich von der kurativen mehr der präventiven Seite der Tbc.-Bekämpfung zu. An die Stelle der Sanatorien traten die sogenannten *Fürsorgestellen*, auf deren wachsende Bedeutung gerade für die Prophylaxe schon in den 90er Jahren *Calmette* und Sir *Robert Philip* aufmerksam gemacht hatten. Die erste schweizerische Fürsorgestelle wurde in Genf auf Anregung durch den internationalen Tbc.-Kongreß von Paris im Jahre 1905 gegründet.

„Vorbeugen ist besser als Heilen" (und zwar eine Prophylaxe, die beim Kind einsetzt, da hier also in der Regel der erste und oft entscheidene Kontakt mit der Krankheit stattfindet), das war denn auch das Grundthema des „Arbeitsprogramms" der „Zentralkommission gegen die Tbc." vom Jahre 1905. Diese Kommission war 1902 aus einer Versammlung schweizerischer Sanatoriumsärzte hervorgegangen, und zwar unter dem Vorsitz des Eidgenössischen Gesundheitsdepartements, als ein Zeichen, daß der Bund sich endlich an dem bisher durch die Privatinitiative allein geführten Kampf gegen die Tbc. zu interessieren begann. Stellte es sich doch immer mehr heraus, daß die Tbc.-Bekämpfung zum großen Teil, wie es schon 1799 der deutsche Arzt *Wichmann* ausdrückte, eine „Polizeiangelegenheit" ist, denn jene Prophylaxe ließ sich ohne sanitätspolizeiliche Maßnahmen einfach nicht durchführen. Wollte man die Tbc. erfassen, bevor sie offen und damit einesteils ein gefährlicher Streuherd und anderesteils so gut wie unheilbar geworden war, so durfte man nicht warten, bis der Patient zum Arzt kam, denn er kam erfahrungsgemäß immer zu spät, sondern der Arzt mußte den Verdächtigen dank einer gesetzlichen Vollmacht selber aufsuchen können. Diese gesetzliche Handhabe fehlte aber noch, denn die Tbc. figurierte nicht unter den vier anzeigepflichtigen „Bundeskrankheiten" des Epidemiengesetzes von 1874. (Cholera, Pest, Pocken, Flecktyphus.) Zwar war auch sie „gemeingefährlich", aber sie hatte nicht den Charakter einer Epi-, sondern einer Endemie. So mußten sich die Bundesmaßnahmen vor der Abänderung des Epidemiengesetzes (abgesehen von solchen gegen die Rindertbc. auf Grund des Viehseuchengesetzes von 1872) auf den indirekten Kampf gegen die Tbc. beschränken: „Anleitung zur Verhütung der Ansteckung mit Tbc. in Arbeitsräumen" (auf Grund des Fabrikgesetzes vom Jahre 1877), „Anleitung" des Gesundheitsdepartementes „zur Wohnungsdesinfektion mit Formaldehyd" (1901), Einführung des Fabrikinspektorates (1900), Anbringung von Spuckverbottafeln und Aufstellen von Spucknäpfen in öffent-

lichen Lokalen (1902), „Vorschriften zur Verhütung der Uebertragung der Tbc. durch Milch, Brot und Fleisch" auf Grund des Lebensmittelgesetzes von 1905, Krankenkassenversicherungsgesetz (1906) mit der Abänderung des Art. 35 auf Antrag der „Zentralkommission" 1911. Eventuell konnten noch folgende Artikel aus dem neuen Z.G.B. von 1912 herangezogen werden: Art. 283/284. Die Vormundschaft soll gefährdete Kinder ihren Eltern wegnehmen und in angemessener Weise versorgen. Art. 169/170. Der gefährdete Ehegatte kann den gemeinsamen Haushalt aufheben. Zur Not konnte man sich auch auf Art. 41 des O.R. stützen: Wer andern widerrechtlich Schaden zufügt, ist ihnen zum Ersatz verpflichtet.

II. Die Kantone

Die Kantone waren unter Ausnützung ihrer Kompetenzen z. T. bereits weiter gegangen. So gab schon 1891 Neuenburg Verhaltungsmaßregeln zum Schutze vor Tbc., und 1905 eine Anleitung zu antituberkulösem Unterricht heraus, und führte, angeregt durch den internationalen Wohnungsreformkongreß, 1908 den sanitarischen Häuserkataster ein, allerdings ohne das zugehörige Wohnungsgesetz zu erlassen. Die Stadt Lausanne ging 1895 einen Schritt weiter, indem sie die bei „ansteckenden Krankheiten" übliche Wohnungsdesinfektion auch beim Tod oder Wegzug Tuberkulöser vorschrieb. 1900 führte die Gemeinde Davos, als Kurort lokalen Bedürfnissen folgend, sogar die Anzeigepflicht innert 24 Stunden ein, um die Desinfektion zu garantieren. Der Kanton Thurgau ging 1908 sogar noch weiter, indem er diese Meldepflicht auch auf diejenigen Fälle von Tbc. ausdehnte, wo eine „hochgradige Gefährdung der Umgebung" vorlag, wobei als Beispiele genannt wurden: „ungünstige Wohnungsverhältnisse, Beschäftigung in Schulen, im Lebensmittelgewerbe usw." Bis zum Jahre 1913, von wo an weitere kantonale Verordnungen in Erwartung des kommenden Tbc.-Gesetzes sistierten, besaßen bereits 11 Kantone solche Vorschriften. Ihr gemeinsamer Inhalt war etwa: Aerztliche Meldepflicht der offenen Tbc. (Zürich 1907) oder wenigstens derjenigen Fälle, die ihre Umgebung gefährdeten, also vor allem bei Tod und Wegzug zum Zwecke der Wohnungsdesinfektion, ferner Aufklärung über „Wesen, Gefahren und Verhütung der Tbc." in Schulen, Subventionierung der Volksheilstätten, Wohnungshygiene (besonders bei den welschen Kantonen).

Alle diese Maßnahmen entsprachen eigentlich bereits jenen von der „Zentralkommission gegen die Tbc." 1905 aufgestellten Forderungen, aber diese private, kommunale und kantonale Tbc.-Bekämpfung blieb in ihrer Wirkung infolge unserer föderalistischen Staatsform beschränkt, so daß die Tbc. nach wie vor die erste Todesursache blieb. Daher machte sich mehr und mehr das Bedürfnis nach einem Bundesgesetz gegen die Tbc. geltend, welches die

privaten und behördlichen Organisationen rationeller zusammenfassen und mit den noch fehlenden Vollmachten ausstatten würde.

III. Das Ausland

Das Ausland war übrigens hier schon ein gutes Stück vorangegangen, und mehrere Länder hatten daher (und wohl nicht nur infolge „ungenauerer Statistik", wie man sich tröstete) eine niedrigere Tbc.-Mortalität als die Schweiz. (So starben in der Schweiz 1906—1910 24,68$^0/_{000}$, in England 15,18, in Preußen 17 an Tbc.)

Norwegen war das erste europäische Land, das eine Tbc.-Gesetzgebung einführte (1900). Dieses Gesetz schrieb Anzeige jeder offenen Tbc. sowie deren Zwangshospitalisierung vor, wobei der Staat subventionierte. Diese Staatssubvention betrug im dänischen Gesetz von 1905 sogar 75%. England andrerseits ging mit der Wohnungshygiene voran, was sich für die Tbc.-Bekämpfung besonders günstig auswirkte, und 1912 führte es die Meldepflicht *jeder* Tbc. ein. Frankreich kam zwar nicht über ein Subventionsgesetz hinaus, leistete aber durch sein Betonen der Prophylaxe durch Einführung der „Dispensaires" (Lille 1899) doch Vorbildliches. In Deutschland gab es zwar noch kein einheitliches Reichsgesetz gegen die Tbc., aber hier machte sich der günstige Einfluß der schon von *Bismarck* begonnenen Sozialversicherung auf die Tbc.-Bekämpfung bemerkbar.

IV. Der Bund

So war es denn wirklich an der Zeit, daß die am 18. Oktober 1909 erheblich erklärte Motion *Rickli* den Stein ins Rollen brachte. Ihr Wortlaut war: „Der Bundesrat wird zu Bericht und Antrag über die Frage eingeladen, ob nicht auf dem Wege der Vollziehung von Art. 69 der B.V., oder unter Schaffung einer speziellen gesetzlichen Grundlage in der B.V. gegen die chronische Volksseuche Tuberkulose vom Bund aus ähnlich vorgegangen werden könnte, wie gegen die sogenannten gemeingefährlichen Epidemien. Aber erst zwei Jahre später nahm dann die Bundesversammlung die Revision des Art. 69 vor (20. Dezember 1911), und bis zur Annahme durch Volksabstimmung vergingen weitere zwei Jahre (4. Mai 1913). Der Artikel 69 vom Jahre 1874 lautete ursprünglich: „Dem Bund steht die Gesetzgebung über die gegen gemeingefährliche Epidemien und Viehseuchen zu treffenden gesundheitspolizeilichen Verfügungen zu." Die neue Version vermied nun den Ausdruck Epidemie, betonte vielmehr das den Epi- und Endemien Gemeinsame, nämlich die „Uebertragbarkeit, starke Verbreitung und Bösartigkeit", und erweiterte den Ausdruck „gesundheitspolizeiliche Verfügungen" zu „gesetzliche Bestimmungen", da es sich ja auch um finanzielle Maßnahmen, wie Subventionen usw., handeln würde. Ein die Prophylaxe betonender Zusatz von *Rickli* („zur Verhütung

der Tbc.") wurde als finanziell zu weit führend vom Ständerat gestrichen, was übrigens direkt symbolisch für die späteren Debatten in der Bundesversammlung genannt werden kann. Der neue Art. 69 lautete also: „Der Bund ist befugt, gegen übertragbare, stark verbreitete *oder* (der Nationalrat betonte, daß jedes Merkmal allein ein Eingreifen des Bundes gestatte) bösartige Krankheiten von Menschen und Tieren gesetzliche Bestimmungen zu treffen."

Nun schien das Tbc.-Gesetz doch in greifbare Nähe zu rücken. Schon vor der Abstimmung über die Revision des Art. 69 hatte das Departement des Innern von den Kantonen Mitteilung über den Stand der Tbc.-Bekämpfung und über ihre diesbezüglichen Wünsche verlangt (Dezember 1912) und das Gesundheitsamt arbeitete auf dieser Grundlage im August 1913 bereits einen ersten vertraulichen Gesetzesentwurf aus. Dieser war schon von der „Zentralkommission gegen die Tbc." durchberaten und sollte eben einer Expertenkommission vorgelegt werden, als der Krieg ausbrach.

Erst im Oktober 1917 gestatteten es die Verhältnisse, daß *Pettavel* die Wiederaufnahme der Vorarbeiten beantragen konnte und von Bundesrat *Schultheß* auch die entsprechenden Zusicherungen bekam. Der Direktor des Gesundheitsamtes, *Carrière*, verfaßte also 1918 ein neues Projekt, das sich von demjenigen von 1913 darin unterschied, daß es besonders nach der Durchberatung durch die Aerzte der Bundesversammlung nur noch ein Rahmengesetz war, während das Einzelne den Ausführungsbestimmungen überlassen werden sollte. Mit dem Bericht einer 24köpfigen Expertenkommission aus Aerzten, Ligen- und Kantonsvertretern wurde der neue Gesetzesentwurf am 29. Dezember 1921 den Sanitätsdirektoren und Kantonsregierungen zugeschickt, und von den letzteren im Juni 1922 in St. Gallen gutgeheißen.

Dieses *Rahmengesetz* (publiziert im Bulletin des Gesundheitsamtes vom 22. April 1922) enthielt im großen und ganzen wieder jene Hauptforderungen des „Arbeitsprogrammes" der Zentralkommission vom Jahre 1905, und dazu als Novum eine Bundessubvention bis zu 50% der Ausgaben der Tbc.-Bekämpfung, denn das Gesetz sollte ja nicht nur das Bestehende erhalten, sondern weiter ausbauen.

Freilich das Beiseitelassen alles Einzelnen konnte unter Umständen, verglichen mit dem ersten ausführlicheren Entwurf von 1913, einen Rückschritt bedeuten, wenn nicht die Ausführungsbestimmungen hinterher alles wieder gut machten. Auf diese kam es nun an, ob das Gesetz seine volle Wirksamkeit erhalten würde.

Inzwischen trat aber die Krise mit ihrem noch dringenderen Arbeitslosenproblem auf und der negative Volksentscheid vom 3. Juni 1923 über das Alkoholmonopol beraubte den Bund der Möglichkeit, neue Einnahmequellen zu erschließen, so daß er von der Vorlage vorläufig absah.

Andererseits ging aber die private Wohltätigkeit infolge der Krise stark zurück, so daß sich die antituberkulösen Werke (Volksheilstätten, kantonale Ligen und Fürsorgestellen, sowie deren Dachorganisation, die aus der „Zentralkommission" 1919 hervorgegangene „Vereinigung gegen die Tbc.") im Jahre 1922 einem Defizit von ca. Fr. 1.200,000 gegenüber sahen. Anläßlich des „2e congrès national des intérêts féminins" im November 1920 versprach nun Bundesrat *Chuard*, der Bund werde diesen privaten Organisationen zu Hilfe kommen, ohne das Tbc.-Gesetz abzuwarten.

V. Erste Bundessubvention

Damit begann eine neue Phase im Kampf gegen die Tbc. Das Postulat *Rickli* zur Schaffung eines Tbc.-Fonds wurde zwar abgelehnt; dafür nahm man jedoch *jährliche Subventionen* in Aussicht.

Diese ersten eigentlichen Bundesmaßnahmen gegen die Tbc. wurden in der Botschaft vom 12. Dezember 1921 damit begründet, daß die Tbc.-Mortalität infolge des Weltkrieges wieder gestiegen war, als ein Zeichen dafür, daß die Tbc. wirklich eine soziale Krankheit sei, die also durch die wachsende Nachkriegskrise erst recht zunehmen würde.

Als Grundlage für die Ausrichtung dieser Bundessubventionen wurden Berechnungen des Gesundheitsamtes aus dem Jahre 1919 benutzt, wobei die Kosten, die die Tbc. unserem Lande jährlich verursacht, auf 30 Millionen Fr. geschätzt wurden. (*Olivier* berechnete den volkswirtschaftlichen Gesamtschaden sogar auf 120 Millionen Fr. jährlich.) Etwa die Hälfte, also ca. 15 Millionen dieser Ausgaben mußten von der privaten und öffentlichen Unterstützung getragen werden. Im Gesetzesentwurf 1922 waren Bundessubventionen von 25%, in besonderen Fällen bis 50% vorgesehen, wobei allerdings nie 4 Millionen jährlich überschritten werden sollten. Bei den obigen Berechnungen hätten 25% in der Tat etwa 4 Millionen ausgemacht, aber in Anbetracht des dringenden Arbeitslosenproblems genehmigte der Bundesbeschluß vom 23. März 1922 für die Ausgaben des Jahres 1921 nur eine halbe Million, die indessen vom Nationalrat nachträglich auf *eine Million* Fr. erhöht wurde.

Der gleiche Betrag wurde auch im Frühjahr 1923 für die Ausgaben des Jahres 1922 bewilligt, nachdem man festgestellt hatte, daß diese Summe zur Not genügte. In der begleitenden Botschaft wurde zum ersten Mal ein vollständiges Inventar der zu subventionierenden antituberkulösen Werke samt den auf sie anzuwendenden Ansätzen aufgeführt. In erster Linie wurden darnach die Fürsorgestellen als „Hauptquartier" der Tbc.-Bekämpfung bedacht, eben jener Erkenntnis folgend, daß bei der Tbc. Vorbeugen nicht nur leichter, sondern auch rationeller ist. So erhielten die Fürsorgestellen an Subventionen 5% ihrer Gesamtunkosten sowie noch 40% der reinen Ausgaben (d. h. abzüglich der Kantons- und Gemeindebeiträge, um eine Doppelsubventionierung zu vermeiden).

Die Verordnung vom 2. November 1923 änderte für das Jahr 1922 unwesentlich in 15% der Gesamtkosten und 30% der reinen Ausgaben.

Bei den Heilstätten, Tbc.-Abteilungen der Spitäler und Erholungsheimen wurde indessen der Pflegetag als Maß genommen und mit 40 Rappen pro Tag und Patient subventioniert. Da aber die Betriebskosten je nach Höhenlage variieren und man trotzdem den Pflegetagpreis möglichst niedrig halten wollte, wurde auch an jene ein Beitrag von 2% ausgerichtet. Daß bei diesen Ansätzen die Fürsorgestellen tatsächlich bevorzugt wurden,

zeigt sich, wenn wir beiderseits Ausgaben und Subventionen vergleichen. So erhielten für 1921 die Fürsorgestellen und Ligen bei Ausgaben von Fr. 1,624,967 Subventionen im Betrage von Fr. 468,915, während die Heilstätten für 5,296,352 Fr. Auslagen nur 437,656 Fr. bekamen. In der Botschaft wurde noch ausdrücklich vermerkt, daß diese Bundessubventionen von den Kantonen und Gemeinden nicht etwa zum Anlaß genommen werden dürften, ihre bisherigen Beiträge herabzusetzen, sollten sie doch „nicht nur zur Erhaltung der bisherigen, durch die Krise gefährdeten Leistungen, sondern zu deren weiteren Ausbau im Sinne des künftigen Tbc.-Gesetzes" dienen. Für das Jahr 1923 wurde die Bundessubvention sogar auf 1¼ Million Fr. erhöht. Die Ansätze blieben ungefähr dieselben, nämlich 30% für Fürsorgestellen und Ligen, 40 Rp. pro Pflegetag und 2,5% an die Betriebskosten der Sanatorien.

Als sich jedoch die Bundesfinanzen, dank der neuen Stempel-, Malz- und Gerstensteuern erholten, verzichtete die „Vereinigung gegen die Tbc." 1927 auf eine weitere Subvention, weil „auf diesem Wege der entscheidende Schritt im Kampf gegen die Tbc. nie gemacht werden" könne. Gestattete doch das Subventionssystem einem rückständigen Kanton, nichts zu unternehmen, wenn er nur auf die Bundessubvention verzichtete. Auch erschwerten föderalistische Kompetenzstreite, z. B. ob Wohn- oder Heimatort unterstützungspflichtig sei, dauernd die Fürsorge. Vor allem ging es aber nicht ohne sanitätspolizeiliche Maßnahmen, wie Anzeigepflicht, Zwangshospitalisation usw., da trotz der Aufklärungsarbeit der Ligen vielfach, und nicht nur in den unteren Ständen, die Einsicht in die Kurnotwendigkeit fehlte. Mit der Zeit erwiesen sich auch die bisherigen Subventionen als ungenügend (z. B. 1928 für 14,214,720 Fr. Ausgaben nur 1,8 Millionen Subventionen). Es fehlte ferner die übergeordnete Behörde, die alles zusammenfaßte und kontrollierte, denn die „Zentralkommission" resp. „Vereinigung gegen die Tbc." blieb, obgleich unter dem Vorsitz des Gesundheitsdepartements gegründet, in ihren Kompetenzen eine private Organisation. Das Gesundheitsamt selber, das seit 1893 den Vollzug des Epidemiengesetzes durch die Kantone zu überwachen hatte, gab seit 1910 eine Monatsbeilage zum Bulletin „Gegen die Tuberkulose" heraus, besaß aber praktisch auch keine Vollmachten betreffend Tbc.-Bekämpfung. So legte der Bundesrat am 1. September 1925, sozusagen unter dem Druck der Verhältnisse, der Bundesversammlung einen neuen Gesetzesentwurf vor, zusammen mit einer umfangreichen Botschaft, in der instruktiv die Geschichte der Tbc.-Bekämpfung dargestellt war, um zu zeigen, wie die den Anfang machende Privatinitiative immer mehr der behördlichen Mitarbeit bedurfte, und wie sich daraus logisch die Notwendigkeit eines Bundesgesetzes ergab. Im Gesetzesentwurf, der nun schon einige Häutungen durchgemacht hatte, konnte man zwar, wie *Welti* im Nationalrat bedauerte, den ursprünglichen von 1913 kaum wiedererkennen. Immerhin enthielt er doch das Wesentliche: Anzeigepflicht bei jedem Fall von Tbc., der seine Umgebung gefährdet, also besonders bei Todesfall und Wohnungswechsel, zum Zwecke der Wohnungsdesinfektion und Isolierung der Streuer durch Hospitalisation und Berufsverbot unter Entschädigung, ferner Spuckverbot usw., und vor allem eine Bundessubvention von 25%, die nach jenen Berechnungen also etwa 4 Millionen ausmachen würde. Die angegebenen Ansätze der Subventionsverteilung stützten sich im ganzen auf diejenigen der bisherigen provisorischen, nur daß sie also überall erhöht wurden. So stieg der Beitrag an die Fürsorgestellen und Ligen von 30% auf 33% der reinen Ausgaben. Bei den Heilstätten und Spitalabteilungen wurde wieder der Pflegetag als Maß genommen, wobei man aber statt 40 Rp. pro Tag und Patient 8—10% der reinen Pflegetagskosten berechnete, was ebenfalls einer Erhöhung des Beitrages gleichkam. Die Zuschüsse für Neu- und Umbauten sollten bis zu 25% betragen usw. Es war also kein

Zweifel, daß das Gesetz, falls es angenommen wurde, einen großen Fortschritt bedeutete.

Noch mehr als die früheren Entwürfe beschränkte es sich darauf, ein Rahmengesetz zu sein, das nur leitende Grundsätze, z. T. sogar nur in Form eines Wunsches angab — einmal aus referendumspolitischen Gründen, da man sich eher auf Grundsätzliches einigen kann, dann aber auch, um den Kantonen zu ermöglichen, sich durch Verordnungen den lokalen Bedürfnissen gut anzupassen. Auch den privaten Organisationen, die überhaupt nach wie vor „die Hauptrolle spielen" sollten, wurde möglichst viel Bewegungsfreiheit gelassen, da sie allein die Fürsorge ohne bürokratischen Anstrich bis in die Familien hineintragen konnten. Ein bloßes Rahmengesetz vermochte auch weiteren Fortschritten der Wissenschaft durch entsprechende Verordnungen elastischer zu folgen.

Die Kehrseite war aber die, daß eine Einfachheit vorgetäuscht wurde, die gar nicht da war, und so kamen denn im Verlauf der Stände- und Nationalratsdebatten viele Schwierigkeiten zum Vorschein, die besonders mit unserer demokratisch-föderalistischen Staatsform zusammenhingen. So wehrten sich die *Kantone*, vertreten durch den Ständerat, gegen *Eingriffe* des Bundes *in ihre Kompetenzen* im Erziehungs- und Unterstützungswesen, wo sich im Nationalrat im Widerspruch zur Botschaft, die der Privatinitiative die Hauptrolle lassen wollte, und gegen den Willen der geistigen Urheber des Gesetzes (*Olivier* und *Bachmann*) Verstaatlichungstendenzen bemerkbar machten.

Ferner bedeuteten z. B. Anzeigepflicht, Wohn- und Berufsverbot starke *Eingriffe in die* dem Schweizer gewohnte *persönliche Freiheit.*

Die Hauptschwierigkeit des Gesetzes lag aber in seinem Charakter als soziales Gesetz und in der damit zusammenhängenden *finanziellen Tragweite,* da hierüber bei den Parteien als Vertretern gegensätzlicher Interessengruppen naturgemäß die größten Differenzen bestanden. Tatsächlich ist aber eben die Tbc., obgleich in allen Schichten vorkommend, im ganzen doch ein ausgesprochen sozialesLeiden. Aus diesen Gründen kann man sich nicht wundern, daß sich die Verhandlungen der Bundesversammlung noch weitere zwei Jahre hinzogen, bis endlich am 13. Juni 1928 das „*Bundesgesetz betreffend Maßnahmen gegen die Tuberkulose*" von beiden Räten angenommen wurde, und im Verlaufe des Jahres 1929 etappenweise in Kraft trat.

Am 4. Januar 1929 folgte die „*Verordnung* betr. Ausrichtung der Bundesbeiträge zur Bekämpfung der Tbc." (im folgenden „V."), während die eigentliche „*Vollziehungsverordnung*" (im folgenden „VV.") erst am 20. Juni 1930 herauskam.

B. Inhalt des Gesetzes

Wenn wir nun im folgenden den *Inhalt* des Tbc.-Gesetzes näher ansehen wollen, um uns über seine Tragweite klar zu werden, wird es nicht uninteressant sein, bei jedem Artikel seine „Vorgänger" in den früheren Entwürfen zum Vergleich heranzuziehen. Wir werden dann verfolgen können, wie man eben im Verlauf der Stände- und Nationalratsverhandlungen aus referendumspolitischen Gründen von einem detaillierten zu einem bloßen Rahmengesetz kam, und werden auch konstatieren, daß die Verordnungen hinterher nicht alles wieder gut gemacht haben.

Das Bundesgesetz gegen die Tbc. ist seiner Form nach die Kombination eines Subventions- mit einem sanitätspoilzeilichen Gesetz (*Hunziker*).

Den Inhalt kann man mit *Welti* in zwei Hauptgruppen einteilen: Direkte Maßnahmen, die sich gegen die Infektion und Propagation richten, und indirekte, die die Disposition vermindern sollen.

So soll durch Meldepflicht (Art. 2), bakterielle Untersuchung (Art. 4), Schülerkontrolle (Art. 6), Fabrikinspektion (Art. 8) usw. die Infektionsquelle ausfindig gemacht und durch Hospitalisation (Art. 3, 10), Desinfektion (Art. 5), Berufswechsel (Art. 6), Wegnahme der Kinder (Art. 7) usw. ausgeschaltet werden, während Wohnungshygiene (Art. 11), Aufklärung (Art. 12), Geheimmittelverbot (Art. 9), Forschung (Art. 13) usw. mehr der Prophylaxe dienen. Gegen die wirtschaftlichen Folgen der Krankheit richten sich Krankenkassenversicherung (Art. 15), Unterstützung entlassener Lehrer (Art. 6), die Subventionen überhaupt (Art. 14) usw.

Der *1. Artikel* lautet: „Bund, Kantone und Gemeinden treffen zur Bekämpfung der Tbc. unter Mitwirkung der privaten Vereins- und Fürsorgetätigkeit die in den nachstehenden Artikeln aufgezählten Maßnahmen.“ Dieser Artikel gibt das Hauptthema des Gesetzes an: Zusammenfassen der privaten und öffentlichen antituberkulösen Werke, wobei erstere also ausdrücklich sanktioniert werden. (Sie hatten den Anfang gemacht und sollten laut Botschaft ja auch weiterhin die Hauptrolle spielen.) Dieser Artikel wurde im Nationalrat durch die Linke beanstandet, denn nach ihr konnte nur eine vollständige Verstaatlichung der Tbc.-Bekämpfung zum Ziele führen. Aehnlich äußerte sich die Sanitätsdirektorenkonferenz unter *Aemmer*. Durch die Art. 5 der V. und 7 der VV. wird dieser Artikel unterstrichen und betont, daß die Kantone auch amtliche Funktionen den privaten Organisationen übertragen können. Artikel 3 der VV. nennt als Nachfolgerin der „Zentralkommission“ eine Tbc.-Kommission, bestehend aus Kantons-, Ligen-, Krankenkassenvertretern und Aerzten, wieder unter dem Vorsitz des Gesundheitsamtes, welche die bei der Ausführung des Gesetzes auftauchenden Schwierigkeiten zu behandeln habe.

Artikel 2 stellt als Voraussetzung und Grundlage des Gesetzes die Anzeigepflicht auf in Anwendung des abgeänderten Art. 69 der B.V. Die Botschaft führt dazu aus, daß diese Maßnahme nicht nur die Gesunden schützen, sondern auch den Kranken helfen soll, da ja die Anzeige nicht nur an die Behörden, sondern zugleich an die Fürsorgestellen erfolgt. *Chuard* machte im Ständerat auch darauf aufmerksam, daß diese Frage bereits von den meisten Kantonen praktisch gelöst worden sei. Trotzdem begegnete dieser Artikel einer starken Opposition. Denn hier tauchte bereits eine jener drei oben genannten Hauptschwierigkeiten des Gesetzes auf: der Eingriff in die persönliche Freiheit. Viele befürchteten daher eine Verwerfung wie bei der Impfzwangvorlage, da das Volk noch nicht genügend aufgeklärt sei. Die Aerzte in der Bundesversammlung wehrten sich gegen die Verletzung des Aerztegeheimnisses, welche die Patienten den Kurpfuschern in die Arme treiben werde. Aehnliche Gründe waren es übrigens schon gewesen, die die „Zentralkommission“ bestimmten, in ihrem „Arbeitprogramm“ 1905 nur die bedingte Anzeigepflicht zu verlangen. („Eine alle Tbc. umfassende Anzeigepflicht ist schon deshalb undurchführbar, weil die große Mehrzahl der beginnenden Tbc.-Fälle gar nicht in ärztlicher Behandlung steht. Die Anzeigepflicht soll sich daher nur auf solche Fälle von Lungentbc. erstrecken, welche in ungünstigen Verhältnissen lebend die Hilfe und Unterstützung der Behörden beanspruchen und welche bei offener Tbc. mit ihrem Auswurf unvorsichtig umgehen und so eine Gefahr für ihre Umgebung bilden.“) Der erste Entwurf beschränkte daher die Meldung auf: „alle Todesfälle von Tuberkulösen, gleichgültig ob die Tbc.

unmittelbare oder nebenhergehende Todesursache war, und auf alle Erkrankungen an offener Tbc., sofern die Erkrankten ihre Umgebung gefährden, ihre Wohnung wechseln, in eine Krankenanstalt aufgenommen werden, in Berufen beschäftigt sind, die eine Weiterverbreitung der Krankheit begünstigen." (Aehnlich schrieb *Ganguillet* 1917: „Um das ärztliche Geheimnis nicht allzu sehr preiszugeben und die Annahme des Gesetzes beim Volk nicht zu gefährden, dürfte die Anzeigepflicht vorläufig auf Fälle von offener Tbc. beschränkt werden, die ihre Umgebung gefährden oder besondere Hilfe erfordern.") Im Grund rechnete man aber damit, daß später unter dem Druck der Verhältnisse doch die unbedingte Anzeigepflicht folgen werde, wie es beispielsweise in England geschehen war (*Hunziker*). Die Einschränkung der Meldepflicht auf die „offene" Tbc., ein Ausdruck, der auf Wunsch Prof. *Sahlis* in den späteren Entwürfen fallen gelassen wurde, da er klinisch nicht eindeutig sei (die meisten Lungenkranken sind bloß zeitweise bazillär), wurde damit begründet, daß die Tbc. nicht wie die epidemischen Krankheiten in jeder Form ansteckend sei, sondern daß es sich hier nur um die Lungen- und Kehlkopf-, eventuell noch um Darm- und Nierentbc. handle. Außerdem komme es noch darauf an, ob der Patient asozial oder „verständig" sei, was man nicht unbedingt mit arm und reich gleichsetzen dürfe, wie die Linke meinte, und die aus diesem Grund die unbedingte, als weniger kompromittierende Anzeigepflicht verlangte. Schließlich einigte man sich auf folgenden Text: „Die Aerzte sind verpflichtet, die Tbc. in allen Fällen zu melden, wo der Kranke nach dem Stand der Krankheit und seinen persönlichen Verhältnissen eine Ansteckungsgefahr bildet." Diese vieldeutige Formulierung (besonders der Ausdruck „nach seinen persönlichen Verhältnissen" weckte die Opposition der Linken) ließ dem Arzt zu viel Freiheit. Sie bedurfte also einer genaueren Präzisierung durch die Vollziehungsverordnung. Artikel 9 der VV. definiert daher die „Ansteckungsgefahr": wenn in den Ausscheidungen des Kranken Tbc.-Bazillen nachgewiesen werden und zudem seine persönlichen und beruflichen Verhältnisse eine Ansteckung seiner Umgebung begünstigen. Als Beispiele werden ähnlich wie im ersten Entwurf 1913 genannt: „jeder Todesfall eines Tuberkulösen, gleichgültig, ob er schon gemeldet und ob die Tbc. die unmittelbare oder nur eine nebenhergehende Todesursache war, jeder Wohnungswechsel, Ein- und Austritt aus einer Heilanstalt, bei überfüllter Wohnung, wer durch seinen Beruf (Lehrer, Nahrungsmittel- und Gastwirtschaftsgewerbe) in regelmäßigem, engem Verkehr mit seinen Mitmenschen steht, usw." (Im Verordnungsentwurf stand noch: „wer sich mit Körper- oder Krankenpflege befaßt [Coiffeur, Hebamme]".) In Artikel 11 werden daher bei der Meldung zugleich Angaben über die persönlichen und die Wohnungsverhältnisse verlangt, die, wenn nötig, durch die zuständigen Amtsstellen zu erheben seien." Die Bestimmungen des Artikels finden auch Anwendung, wenn der Arzt, ohne daß Bazillen gesucht (oder festgestellt, Verordnungsentwurf) werden konnten, den Kranken auf Grund seines Zustandes und der klinischen Merkmale als ansteckungsgefährlich betrachtet." Dieser Satz erlaubt eigentlich dem Arzt bereits, das Gesetz in Richtung einer allgemeinen Meldepflicht auszudehnen.

Gegen Mißbrauch der Anzeige wird ausdrücklich betont, daß sie Sache der Aerzte ist. Der erste Entwurf ging weiter, um auch unbehandelte Fälle zu erfassen: „Steht der Patient nicht in ärztlicher Behandlung und besteht Verdacht, daß er an offener Tbc. leidet, so sind Haushaltungsvorstände, Arbeitsvorsteher, Leiter von Fabriken, Geschäften oder Schulen bzw. Schulpfleger verpflichtet, einen Arzt herbeizuziehen." Laut Art. 10 der VV. hat die Meldung „ohne Verzug" zu geschehen, und zwar an die kantonale Meldestelle, welche wöchentlich ans Gesundheitsamt rapportiert und die Maßnahmen angibt, welche getroffen werden sollen. Eine solche ist z. B. die Meldung an die Fürsorgestelle, die besonders auch bei den aus

den Heilstätten Entlassenen stattfinden soll, welche noch fürsorge- und ratsbedürftig sind. Damit wird das wichtige Kapitel der „Nachfürsorge" berührt. (Art. 21 der VV.)

Von allen Beteiligten wird die Schweigepflicht verlangt, wodurch eigentlich der Verletzung des Aerztegeheimnisses die Spitze gebrochen wird. (Art. 23 der VV.)

Im Entwurf 1925 stand hier noch der Satz: „Die Aerzte erhalten für die Anzeigen von den Behörden eine Entschädigung. „Die Botschaft führte dazu aus, daß dies nicht aus den sehr geringfügigen materiellen, sondern aus prinzipiellen Gründen geschehe, da „jede Leistung einer Gegenleistung wert" sei, und daß man überhaupt die Aerzte am Gesetz interessieren müsse, da dessen Wirksamkeit sehr von ihnen abhänge. *Steiner* meinte im Ständerat, daß man diese Entschädigung doch auch als Entgelt für die Einbuße in der Praxis durch Verletzung des Arztgeheimnisses auffassen könne, worauf *Dind* erwiderte, daß die Meldung bei Epidemien auch nicht entschädigt würde und daß der Arztberuf sowieso durch den Staat privilegiert, weil geschützt sei. Der Aerzteverein hatte die Entschädigung daher verlangt, weil der Arzt durch die Krankenkassenschreibereien schon genug belastet sei, verzichtete aber nachträglich wieder darauf, „um das Gesetz nicht in Verruf zu bringen". Der Ständerat strich aber eigentlich mehr aus formalen Gründen, da die Arztentschädigung zu den kantonalen Kompetenzen gehöre. Jedenfalls wurde in Art. 7 der V. auch sie bei den subventionsberechtigten Leistungen der Kantone aufgeführt.

Artikel 3 des Gesetzes scheint in der jetzigen Form nur zu besagen, daß der Vollzug des Gesetzes Sache der Kantone ist. Er lautet: „Die Kantone sorgen dafür, daß die nötigen Maßnahmen getroffen werden ..." Bis zum Entwurf 1925 stand an dieser Stelle der Artikel über die Zwangshospitalisation. Art. 3 des Entwurfes 1921 lautete: „Gefährdet ein Tuberkulöser die Personen seiner Umgebung, sei es, daß diese Anordnungen nicht durchgeführt werden können, sei es, daß sie trotz Ermahnung unterlassen werden, so ist der Kranke in eine Anstalt zu versetzen." Dazu der wichtige Nachsatz: „Geraten die Kranken oder ihre Angehörigen dadurch in bedürftige Lage, so haben sie gesetzlichen Anspruch auf Entschädigung." Obgleich *Dind* im Ständerat daran erinnerte, daß unsere Vorfahren auch bloß durch drakonische Maßnahmen mit dem Aussatz fertig wurden, und obgleich *Seiler* an den auffallenden Rückgang der Tbc.-Sterblichkeit in England dank der Zwangshospitalisation erinnerte, wurde dieser Artikel schon durch den Bundesrat gestrichen, als zu eingreifend in die dem Schweizer gewohnte individuelle Freiheit, und zudem als zu kostspielig, wegen der dabei nicht zu umgehenden allgemeinen Unterstützungspflicht.

Immerhin gestattet die imperative Formulierung des jetzigen Art. 3: „Die Kantone sorgen dafür" dem Bund, auf die Kantone im allgemeinen einen gewissen Druck auszuüben.

Artikel 4 des Gesetzes verlangt bakteriologische Untersuchung der Ausscheidungen Tbc.-Verdächtiger, wobei die Kantone Unentgeltlichkeit einführen können. Daher wird in Art. 7 der V. dieser Posten als subventionsberechtigt angeführt. Nach dem Entwurf 1925 sollten diese Untersuchungen dort unentgeltlich sein, wo es Arzt oder Fürsorgestelle beantragen. Bei der Debatte in der Bundesversammlung wurde das Fakultativum durch den Ausdruck „können" eingeführt, da es sich um kantonale Kompetenzen handle. *Dind* meinte auch, man solle nicht Vermöglichen etwas gratis aufzwingen.

Hier erhob sich ferner die prinzipielle Frage, ob das, was die Kantone *dürfen*, in ein Bundesgesetz gehöre, worauf *Chuard* erwiderte, daß es in diesem Falle einen pädagogischen Sinn habe, die Kantone daran zu erinnern, und zudem sei nur subventionsberechtigt, was im Gesetz genannt stehe.

An dieser Stelle folgte noch im Entwurf 1921 das Spuckverbot. Zwar hatte das Fabrikinspektorat 1902 schon die Spuckverbottafeln und das Aufstellen in öffentlichen Lokalen und Transportanstalten eingeführt, und verschiedene Kantonsgesetze vor 1913 besaßen bereits Spuckverbote (z. B. Zürich 1907, Bern 1910), aber *Dind* warnte im Ständerat derart eindrücklich mit dem Hinweis auf den Echec des Impfzwanges, daß die Bundesversammlung davon Abstand nahm.

Artikel 5 behandelt die Desinfektion der Räume nach Wohnungswechsel, Spitalüberführung oder Tod des tuberkulösen Bewohners. Für Kurorte können noch strengere Maßnahmen vorgeschrieben werden. Der Artikel befaßt sich leider im Gegensatz zu den Entwürfen 1913 und 1921 nur noch mit der Schlußdesinfektion, und zwar nur derjenigen der Räume, was *Meuron* beanstandete, worauf *Chuard* versprach, den Text von 1921, der auch von einer Desinfektion der Gebrauchsgegenstände handelte, wieder aufzunehmen, was in der Folge offenbar wieder vergessen wurde.

Im Gegensatz zu Art. 4 wird hier die Unentgeltlichkeit nicht einmal als Fakultativum erwähnt. *Chuard* gab zu, daß dies logisch gewesen wäre, fügte aber etwas rätselhaft hinzu, man solle alles weglassen, was die Annahme des Gesetzes gefährden könnte. Trotzdem nennt Art. 7 der V. auch die Desinfektion unter den subventionsberechtigten Leistungen.

Uebrigens war die Unentgeltlichkeit der Desinfektion bereits in mehreren jener Kantonsgesetze vor 1913 vorhanden.

Die fortlaufende Desinfektion, die nach heutiger Auffassung wichtiger als die Schlußdesinfektion ist, da die Keimausscheidung besonders während der Krankheit stattfindet, wird in der VV. Art. 25 nachgeholt, wobei sie vor der Reinigung vorgeschrieben wird, um das Reinigungspersonal zu schützen. Nach Art. 26 soll die ganze Desinfektion durch amtliche Desinfektoren durchgeführt werden. (Wie wir oben sahen, hatte das Gesundheitsamt bereits 1901 eine Anweisung zur Wohnungsdesinfektion mittels Formaldehyd herausgegeben.)

Artikel 6 des Gesetzes nennt die Maßnahmen, die solchen Tuberkulösen gegenüber zu treffen sind, welche laut Art. 9 der VV. gemeldet wurden. Da es sich dabei vor allem um das Berufsverbot handelt, das einen starken Eingriff in die Handels- und Gewerbefreiheit darstellt, bot die Abfassung dieses Artikels ähnlich demjenigen der Zwangshospitalisation große Schwierigkeiten. Noch im Entwurf 1925 betraf dieses Berufsverbot alle „an Tbc. erkrankten Personen, deren Beschäftigung die Weiterverbreitung der Krankheit begünstigt". Die jetzige Fassung spricht aber nur noch von „Lehr- und Pflegepersonal", „Schülern und Zöglingen", die ärztlich zu beobachten und eventuell zu entfernen seien, wobei die Kantone den ersteren eine „angemessene Unterstützung" im Falle der Not gewähren können, und den letzteren die „nötige Fürsorge zuteil werden" lassen sollen. Daß jene Unterstützung nicht Armengenössigkeit bedeute, wird aus dem Grunde beigefügt, da diese in einzelnen Kantonen mit dem Verlust der bürgerlichen Rechte verbunden ist. Aus den langen Diskussionen über diesen Artikel sei nur das Wichtigste festgehalten. Zunächst wurden prinzipielle Einwände vorgebracht: das Schul- und Unterstützungswesen gehöre in die Kompetenz der Kantone. Dagegen erwiderte man, daß dies wohl bei der Ueberwachung des Unterrichts, nicht aber bei einer ärztlichen Ueberwachung der Fall sei, und was die Unterstützung betrifft, wurde als Präzedenzfall Art. 5 des Epidemiegesetzes zitiert: „Kranke sowie Gesunde, welche ohne eigenes Verschulden den im vorigen Artikel in Aussicht genommenen Maßnahmen unterworfen werden, haben im Bedürfnisfalle Anspruch auf unentgeltliche Verpflegung und ärztliche Behandlung, ohnedeswegen armengenössig oder rückerstattungspflichtig zu werden. Gesunde, welche auslogiert oder interniert werden, haben außerdem, wenn sie bedürftig sind, für den in Ausführung des Gesetzes in ihrem Erwerb erlittenen

Verlust eine den Verhältnissen entsprechende billige Entschädigung zu beanspruchen, worüber die *zuständigen kantonalen Verwaltungsbehörden* entscheiden." Ferner Art. 8: „Der Bund ersetzt den Kantonen die Hälfte dieser Auslagen." Dazu wurde bemerkt: Wenn auch die Unterstützung bei den kurz dauernden Epidemien von geringerer finanzieller Tragweite sei, müsse man wieder berücksichtigen, daß gerade bei der Tbc. als eminent chronischer Krankheit die wirtschaftlichen Folgen für den Patienten besonders groß seien, so daß hier ein Berufsverbot ohne gleichzeitige Unterstützung gar nicht angewandt werden könnte. Zudem schütze die Unterstützungspflicht vor einer leichtsinnigen Anwendung des Berufsverbotes durch die Behörden, während ein Mißbrauch von seiten der Kranken dadurch ausgeschlossen sei, daß die Not nachgewiesen werden müsse. (*Grospierre* warf überhaupt dem Ständerat vor, „er wolle aus dem Gesetz statt einer Krankenschwester einen Polizisten machen.") Dagegen wurde aber Art. 113 des Einführungsgesetzes zum Z.G.B. zitiert: „Es besteht keine Entschädigungspflicht für Beschränkungen, die aus Gründen der öffentlichen Gesundheit auferlegt werden", und man erinnerte an das Beispiel der Lebensmittelkontrolle. Ueberhaupt müßte man konsequenterweise bei jeder Krankheit unterstützen, und schließlich könne hier der Fürsorgeapparat mit seinen 33% Subvention einspringen. Es waren aber vor allem finanzielle Erwägungen, welche die Bundesversammlung bestimmten, die Unterstützung auf die Lehrer (und zudem nur fakultativ) zu beschränken. Eingaben der „Vereinigung gegen die Tbc.", des Lehrervereins, der Krankenkassen, Frauenvereine und der Sanitätsdirektorenkonferenz hatten sich dafür ausgesprochen (es handle sich im Grund um die Prophylaxe der Schulkinder, mehrere Kantone hätten die Lehrerunterstützung bereits eingeführt, man müsse die Lehrerschaft am Kampf gegen die Tbc. interessieren usw.), während eine Eingabe des kaufmännischen Vereins gegen diese Begünstigung eines sowieso durch Pensionsberechtigung privilegierten Berufes protestierte. Man machte ferner darauf aufmerksam, daß der Lehrerberuf nicht etwa besonders exponiert sei, da die kindliche Tbc. eher „geschlossen" (als Meningitis oder Knochenerkrankung) auftrete. Erst nach einer Prüfung der finanziellen Tragweite („Ergänzender Bericht" 21. Februar 1928) durch eine Spezialistenkommission konnte sich die Bundesversammlung zur Annahme entscheiden, nachdem sich herausgestellt hatte, daß es sich auch bei 50% Bundessubvention nur um eine geringe Summe handeln würde. Der Antrag *Hauser*, das Obligatorium dafür einzuführen, wurde abgelehnt und so blieb es also beim Fakultativum, von dem man sich aber eine pädagogische Wirkung auf die rückständigen Kantone betr. Einführung des Schularztamtes und der Lehrerpensionierung versprach (in letzterem Fall allerdings zu Unrecht, da genau genommen die Kantone ohne Lehrerpensionierung durch die Subvention bevorzugt werden.) Uebrigens konnte man den Privatschulen sowieso kein Obligatorium aufzwingen, da sie gesetzlich weder zur Eintrittsmusterung noch zur Lehrerpensionierung verpflichtet sind. (Als Kuriosum sei hier erwähnt, daß schon im Jahre 1913 der Kanton Waadt allen Tuberkulösen, die ihren Beruf aufgeben mußten, 2 Fr. Taggeld gab, wenn sie sich regelmäßig kontrollieren ließen.)

Der Artikel schreibt also ferner eine „ärztliche Beobachtung" sowohl der Lehrer wie auch der Schüler vor. Wie oft diese Beobachtung stattfinden soll, steht nicht da, nachdem das „regelmäßig" des Entwurfes 1921 als „zu kostpielig" vom Ständerat gestrichen worden war. Die VV. verlangt sie in Art. 31 beim Schuleintritt, sowie mit „periodischer Wiederholung" während der ganzen Schulzeit. Ueber die Methode der Untersuchung wurde nichts ausgeführt, damit man sich dem jeweiligen Stand der Wissenschaft anpassen könne. Laut V. Art. 31 muß von jedem Schüler eine „Schülerkarte" geführt werden.

Wie die Schüler werden auch die Lehrer (und ihre Vertreter, unabhängig von Fach und Stundenzahl) beim Eintritt in den Schuldienst laut Art. 35 der V. einer ärztlichen Musterung unterworfen, ohne welche sie keine Unterstützungsberechtigung haben. Da sowohl das vorschulpflichtige Alter (bis zum 5. Lebensjahr bedeutet Ansteckung bekanntlich Erkrankung), wie auch die Nachschul- resp. Lehrlingszeit besonders tbc. gefährdet ist, dehnt Art. 27 der V. die ärztliche Beobachtung auch auf diese aus. Ebenso müssen die Privatschulen miterfaßt werden (Art. 28). Auch das „Dienstpersonal", das „unmittelbar und regelmäßig mit Kindern verkehrt", wird durch Art. 30 der V. einbezogen.

Laut Absatz b des Art. 6 werden also ansteckungsgefährliche Schüler entfernt. Diese Entfernung darf dank Art. 33 der V. in dringenden Fällen durch den Arzt vorgenommen werden, ohne daß der Entscheid der Vormundschaftsbehörde abgewartet werden muß.

Die „angemessene Unterstützung" der entlassenen tuberkulösen Lehrer soll nach Art. 37 der V. mit Einschluß einer eventuellen Pensionierung nicht mehr als 75% des zuletzt bezogenen Gehaltes betragen.

Artikel 7 des Gesetzes betrifft die Versorgung gefährdeter Kinder in Pflegefamilien. (Die von *Olivier* vorgeschlagene Formulierung wurde als zweckmäßigste akzeptiert.) Die dazugehörige V. Art. 40 verlangt „regelmäßige ärztliche Ueberwachung des Kindes und der Pflegefamilie", sowie „zureichende Wohnungsverhältnisse". Laut Art. 46 der V. ist auch die ärztliche Schüler- und Pflegekinderüberwachung subventionsberechtigt.

Artikel 8 des Gesetzes betrifft prophylaktische Maßnahmen in Werkstätten, Fabriken usw., wie sie teilweise schon im Fabrikgesetz von 1900 enthalten sind, und sieht noch besondere (bis jetzt nicht erschienene) Ausführungsbestimmungen vor. Das „Arbeitsprogramm" 1905 verlangte auch eine Kontrolle der Heimindustrie, in der ja gerade viele Sanatoriumsentlassene tätig seien, und lenkte die Aufmerksamkeit auf die ungenügende Geschirreinigung in den Gaststätten, die ebenfalls zu überwachen wäre.

Artikel 9 des Gesetzes verbietet Reklame und Verkauf von Geheimmitteln gegen die Tbc., welche durch Art. 44 der V. definiert werden als „Präparate und Apparate, deren Natur, Zusammensetzung und Herstellungsart nicht bekannt, oder deren Wirkung nicht in wissenschaftlich einwandfreier Weise nachgewiesen ist." „Unmaßgeblich ist dabei, ob die Tbc. als solche oder nur mit einem ihrer Symptome bezeichnet ist."

Obgleich es bereits zwischen mehreren Kantonen diesbezügliche Konkordate gab, stieß dieser Artikel merkwürdigerweise auf starke Opposition, so daß ihn der Nationalrat strich. Man war sich zwar einig, daß die Geheimmittel eine Ausbeutung der oft euphorisch-optimistisch eingestellten Phthisiker bedeuten und dabei eventuell eine rechtzeitige Behandlung verhindern. Das Gesetz würde hier also sozusagen eine finanzielle Prophylaxe bedeuten, berechnete doch Prof. *Zangger*, Zürich, die Gewinne der Tbc.-Geheimmittelfabrikanten mit Millionen, wovon etwa die Hälfte der Zeitungsreklame zugute kam.

Trotzdem wollte man vom Verbot Abstand nehmen, um den großen Anhang der Kurpfuscher nicht zu Gegnern des Gesetzes zu machen. Der Ständerat nahm jedoch den Artikel wieder ins Gesetz auf, mit der Begründung, daß der Kurpfuscheranhang auch ohne diesen Artikel gegen das Gesetz sein werde. (In der Tat unternahm ein bekannter Kräuterspezialist kurz vor Ablauf der Referendumsfrist einen Reklamefeldzug gegen die Vorlage.)

Artikel 10 des Gesetzes verpflichtet die Kantone „nach Maßgabe des Bedürfnisses und soweit sie es für angezeigt erachten" (in den früheren Entwürfen stand nur „sofern es nicht schon geschehen") Preventorien, Fürsorgestellen und Heilsttäten zu errichten, wobei besonders die Kinderprophylaxe betont wird („insbesondere für tbc.verdächtige und tbc.gefähr-

dete Kinder"). Der Ausdruck „tbc.gefährdet" wurde nicht präzisiert, eben um mit dem jeweiligen Stand der Wissenschaft Schritt halten zu können. Der Entwurf 1913 ging noch weiter: „Ebenso können sie Bestrebungen unterstützen, die durch Hebung der Volksgesundheit indirekt die Tbc. bekämpfen, wie *Säuglings- und Kinderfürsorge, Mutterschutz, Bekämpfung des Alkoholismus*". Im Entwurf 1925 war der Artikel imperativ formuliert („die Kantone haben zu sorgen"), aber der imperative Charakter wurde durch den Ständerat nachträglich wieder neutralisiert durch den Zusatz: „soweit sie es für angezeigt erachten". Die Reihenfolge Preventorien, Fürsorgestellen, Heilstätten, war im ersten Entwurf 1913 noch umgekehrt (vielleicht der damaligen Auffassung entsprechend, daß die Heilstätten das Wichtigste an der Tbc.-Bekämpfung seien).

Art. 7 der VV. verlangt auch Förderung und Ausbau der privaten Fürsorgeorganisationen durch die Kantone.

Was die Subventionierung betrifft, so finden wir in Art. 9 der V. die in Frage kommenden Anstalten aufgezählt, von den Heilstätten bis zu den Ferienkolonien „für tbc.gefährdete Kinder", wozu allerdings der am 11. Dezember 1933 hinzugekommene Art. 10 wieder einschränkt („weil man ja eigentlich alle Kinder tbc.gefährdet nennen könnte"). Er macht nämlich zur Bedingung, daß in einer solchen Anstalt nur Kinder aufgenommen werden dürfen, die von Amtsstellen eingewiesen werden; außerdem müsse eine regelmäßige ärztliche Kontrolle garantiert sein. Gemischte Preventorien sollen entsprechend geringere Subventionen erhalten (Art. 18 V.).

Nach der Reihenfolge der Artikel in der Vollziehungsverordnung sollte nun hier im Gesetz ein Artikel über die Fleisch- und Milchkontrolle folgen, der jedoch dank dem Lebensmittelgesetz vom Jahre 1909 überflüssig ist. Art. 45 der VV. verweist daher in bezug auf die Rindertbc.-Bekämpfung auf die letzte Lebensmittelkontrollverordnung vom 23. Februar 1926 und auf die Fleischschauverordnung von 1909. (Schon das „Arbeitsprogramm" vom Jahre 1905 hatte übrigens die Ausdehnung der Umgebungsuntersuchungen auf die Ställe verlangt.)

Artikel 11 des Gesetzes verlangt von den Kantonen Vorschriften über die Wohnhygiene. So sollen „tuberkulosefördernde" Wohnungen verboten oder ihre Verbesserung vorgeschrieben werden (Art. 42 VV.), wobei aber nur die Wohnungsinspektion subventionsberechtigt ist.

Die Abfassung dieses Artikels erforderte mehrere Debatten im Bundeshaus, denn es war klar, daß es sich hier um ein besonders wichtiges Kapitel der Tbc.-Bekämpfung handelte. So wurden Autoritäten wie Prof. *v. Gonzenbach* zitiert, die die Tbc. eine ausgesprochene „Wohnkrankheit" genannt hatten. Bis jetzt besaßen nur einige welsche Kantone eigentliche Wohngesetze. Die Versuche, die ungesunden Altstädte zu sanieren, waren bisher am Widerstand der Liegenschaftsspekulanten gescheitert. Das Wohnverbot konnte nun diese Häuser genügend entwerten. In dem zur Diskussion stehenden Entwurf befand sich noch der Zusatz: „An die baulichen Umänderungen solcher Räume können dem Eigentümer, sofern ihm die Uebernahme der Kosten hierfür billigerweise nicht zugemutet werden kann, Beiträge (bis 25%) bewilligt werden." Diese Entschädigungsklausel war ein Stein des Anstoßes. *Hauser* meinte, es rentiere sich besser, Neustatt Umbauten zu subventionieren, und schlug vor, dies auch nur in Form von Gewährung zweiter Hypotheken zu tun, so daß der Bund also höchstens einen Zinsausfall zu tragen hätte. Auf der andern Seite protestierte *Seiler* im Namen des Hausbesitzervereins gegen diesen Eingriff ins Eigentumsrecht und verlangte vollen Ersatz. Schließlich strich die Bundesversammlung die Entschädigungspflicht wegen der „unabsehbaren finanziellen Folgen", wobei auch die Gefahr bestehe, daß diese nur den indirekten Kampf gegen die Tbc. fördernde Subvention „alle andern auffressen" würde. Im übrigen vertröstete man auf zukünftiges eidgenössisches Wohn-

gesetz, denn diese Materie sei zu wichtig, um im Tbc.-Gesetz in einem Nebensatz erledigt werden zu dürfen (*Chuard*). Bei der Diskussion wurde übrigens die interessante Tatsache erörtert, daß man in Zürich in neuen Quartieren mehr Tbc.-Fälle antraf als in der Altstadt, was man sich aus der größeren Wohndichte (infolge höherer Miete) erklärte.

Artikel 12 des Gesetzes verpflichtet die Kantone, für angemessene Belehrung „über Wesen, Gefahren und Verhütung" der Tbc. zu sorgen. Art. 43 der VV. nennt als Mittel dazu: Merkblätter, Vorträge, Ausstellungen, Filmvorführungen usw., und Art. 7 der V. erklärt diese Leistungen der Kantone für subventionsberechtigt. Im ersten Entwurf stand noch: „in Schulen und Seminarien", was jedoch vom Ständerat gestrichen wurde, da das in die kantonalen Kompetenzen eingreife und daher von den Gegnern der Vorlage als Handhabe benützt werden könnte, während es andrerseits überflüssig sei. In den Debatten wurde auf die Wichtigkeit der Aufklärung für die Tbc.-Bekämpfung hingewiesen, denn „erst durch sie werde das Tbc.-Gesetz wirksam" werden.

Artikel 13 des Gesetzes verspricht die Unterstützung des Bundes für die wissenschaftliche Erforschung der Tbc. und „für die Mittel zu ihrer Bekämpfung". Die in Art. 8 der VV. dazu vorgesehenen Ausführungsbestimmungen erschienen am 15. November 1932 als „Reglement über Ausrichtung der Bundesbeiträge zur Förderung der wissenschaftlichen Erforschung der Tbc." Als Vorbedingung zum Bezug der Subvention wird darin vom Forscher fünfjähriger Wohnsitz in der Schweiz verlangt (Art. 2). Institutsgründungen sollen mit 25% der Auslagen subventioniert werden. Der Zusatz im Gesetz: „unter den vom Bundesrat festzusetzenden Bedingungen" wurde eingeführt, um zu verhindern, „daß jeder Kurpfuscher Subventionen" beanspruchen könne.

Artikel 14 des Gesetzes gibt die Ansätze der Bundesbeiträge an, die also auf den mit den provisorischen Subventionen gemachten Erfahrungen fußen. Die in Art. 8 der VV. in Aussicht genommenen Ausführungsbestimmungen kamen, wie wir sahen, als „Verordnung betreffend Ausrichtung von Bundesbeiträgen zur Bekämpfung der Tbc." am 4. Januar 1929 heraus.

Für die in Art. 7 dieser Verordnung und in Art. 46 der VV. aufgezählten Leistungen wie Meldung, Desinfektion, schulärztlicher Dienst, Pflegekinderüberwachung usw., sind Bundesbeiträge von 20—25% der reinen Ausgaben vorgesehen. Der zur Diskussion stehende Entwurf (1925) gab ein Maximum an („bis zu 25%"), „da es sich noch um unbekannte Ausgaben" handle, während bei den Sanatorien eher ein fester Betrag berechnet werden könne. Auf Antrag der Sanitätsdirektorenkonferenz fügte das Departement des Innern auch ein Minimum („20%") hinzu, um zu verhindern, daß zu wenig getan würde. Die an entlassene tuberkulöse Lehrer ausgerichtete Unterstützung wird mit 50% subventioniert. Hat der Schularzt noch andere Funktionen, so werden statt der 25% nur 8—10% der Totalausgaben berechnet. (Art. 46 VV.)

Für die Erstellung von Heilstätten, Tbc.-Spitalabteilungen usw. sind 20—25%, für deren Betriebskosten 10—12% der reinen Pflegetagsausgaben (im Entwurf 1925 noch 8—10%) zu subventionieren, wobei Art. 18 der V. gestattet, auch Amortisation, Zinsendienst und Feuerversicherung (Art. 16) miteinzubeziehen. Bei gemischten Preventorien sind entsprechende Abzüge zu machen. Den Fürsorgestellen und kantonalen Ligen werden, in Anbetracht ihrer großen Bedeutung für die Tbc.-Bekämpfung wieder am meisten, nämlich 25—33% der reinen Ausgaben rückerstattet. (Im ersten Entwurf 1913 bloß 10%!)

Die früheren Entwürfe waren bei der Subventionsverteilung nicht ins Detail gegangen, sondern der erste Entwurf 1913 versprach einfach summarisch ¼, bei „wirtschaftlich schwer belasteten" Kantonen ⅓ der Gesamtausgaben, der Entwurf 1921 25%, „in besonderen Fällen bis 50%"

der Gesamtkosten zu vergüten, wobei aber nie eine jährliche Totalsumme von 4 Millionen Fr. überschritten werden dürfe.

In diesen beiden ersten Entwürfen finden wir übrigens jene *Retroaktivitäts*klausel, die eine besonders heftige Debatte auslöste. Sie lautete im Entwurf 1921: „An die Auslagen für Erstellung usw. von Anstalten usw. kann der Bundesbeitrag auch rückwirkend bis 4.Mai 1913 zuerkannt werden." Diese also nur fakultative Fassung wurde im Nationalrat von *Vigizzi* wieder vorgeschlagen. Er erinnerte daran, daß alle Entwürfe bis auf den vorliegenden diese Retroaktivität enthalten hatten, daß auch das nicht widersprochene Postulat *Pettavel* sie ebenso verlangte wie die Eingaben der Sanitätsdirektorenkonferenz und der „Vereinigung gegen die Tbc." Die Eingabe der letzteren lautete: „Die Streichung der Rückwirkung wäre eine Enttäuschung für diejenigen, die in den Krisenjahren den Mut gefunden haben, vorwärts zu gehen." Durch eine Ablehnung würden die rückständigen Kantone indirekt belohnt.

Trotz alledem strich bereits der Bundesrat die Retroaktivität. *Chuard* begründete dies damit, daß Entwürfe nicht für verpflichtend angesehen werden dürfen. Es gehe prinzipiell nicht an, auf künftige Bundesgesetze „Hypotheken aufzunehmen". Vor allem bedeute aber die Retroaktivität jetzt etwas ganz anderes, als zur Zeit des ersten Entwurfes. Damals habe man nämlich gerechnet, daß das Tbc.-Gesetz gleich nach der Abstimmung über die Abänderung von Art. 69 zustande kommen werde, so daß es sich bei der Rückwirkung nur um Monate gehandelt hätte. Dann sei aber der Weltkrieg gekommen, so daß man das Projekt habe verschieben müssen. Was das Postulat *Pettavel* betreffe, sei dort nur von der Möglichkeit einer solchen Klausel die Rede gewesen. Der betreffende Satz habe nämlich gelautet: „Il est à supposer qu'un tel projet comporterait des subsides fédéraux en ce qui concerne la construction des sanatorias avec effet rétroactif." Er warne davor, einen Präzedenzfall zu schaffen, der ins Uferlose führen würde, denn noch nie habe es ein Bundesgesetz mit Rückwirkung gegeben.

Ein Jahr später wurde über diese Frage noch einmal diskutiert, obgleich *Vigizzi* inzwischen verstorben war. *De Weck* machte den vermittelnden Vorschlag, man solle die Retroaktivität zwar aufgeben, aber dafür jenen Anstalten, die seit dem 4. Mai 1913 gebaut worden waren (oder wenn das für willkürlich angesehen werde, allen früher gegründeten Unternehmungen), auf 10 Jahre erhöhte Subventionen gewähren, und dies zudem bloß fakultativ, da es ja auch gut situierte Sanatorien gebe. Auf diese Weise sei man auch der Schwierigkeit enthoben, die Baukosten von damals zu berechnen, nachdem der Krieg den Geldwert fast um 50% heruntergedrückt hatte. Da es sich um gemeinnützige Werke handle, würden diese Gelder faktisch doch wieder den Patienten in Form einer Pflegetaggelderniedrigung zugute kommen.

Trotzdem lehnte die Bundesversammlung auch diesen Vorschlag als „versteckte Retroaktivität" ab. Man dürfe das Geld nicht der Vergangenheit nachwerfen, sondern habe es dringend für die Aufgaben der Zukunft nötig. Einen gewissen Ausgleich bringe ja, daß die Sanatorien Amortisation und Zinsendienst in die Betriebsrechnung aufnehmen dürfen; auch sei bei der Pflegetagsubvention von 10—12% eine Bevorzugung jener früher erbauten Anstalten durch Ausrichtung von 12% statt 10% möglich, usw.

Aus der übrigen Diskussion des Art. 14 sei noch erwähnt: Im französischen Text stand ursprünglich nach „gewährt der Bund den Kantonen" noch „et aux communes", was als überflüssig gestrichen wurde, indem in Art. 8 der V. ein für allemal festgelegt wurde: „Ueberläßt ein Kanton die Durchführung von Maßnahmen den Gemeinden, so gelten die Maßnahmen in bezug auf die Ausrichtung der Bundesbeiträge als vom Kanton geleistet."

Art. 3 der V. erklärt den Wohnkanton für unterstützungspflichtig, womit eine alte Streitfrage endgültig geregelt wurde. Art. 18 der V. schränkt in bezug auf Ausländer ein, indem die Pflegetagsubvention nur ausgerichtet wird, wenn die Tbc.-Erscheinungen erst nach einjähriger Ansässigkeit auftraten.

Art. 12 der V. schreibt vor, daß Pläne und Kostenvoranschläge von Anstaltsbauten der Genehmigung durch das Departement des Innern bedürfen, und nach Art. 14 der V. werden die Subventionen erst nach Prüfung der Schlußabrechnung ausbezahlt. Wird eine Anstalt nachträglich wieder ihrer Zweckbestimmung entzogen, so müssen jene Bundesbeiträge teilweise zurückerstattet werden. (Art. 15 der V.) Verteilen sich die Einrichtungen einer Anstalt auf mehrere Kantone, so sind die Subventionsgesuche direkt an das Departement des Innern zu richten. (Art. 21 der V.)

Art. 4 der V. verbietet es den Kantonen, die Bundessubventionen zum Anlaß zu nehmen, ihre bisherigen Leistungen herabzusetzen (vgl. Botschaft vom 2. November 1923).

Artikel 15 des Gesetzes ist ein „Fremdkörper", wie sich *Dind* im Ständerat ausdrückte, da er erst nachträglich auf Veranlassung des Finanzdepartements und des Krankenkassenkonkordates, und zudem nur fakultativ („der Bund kann") und zeitlich begrenzt („bis zur Revision des Krankenversicherungsgesetzes") aufgenommen wurde. (Der letzte Zusatz fehlte noch im Entwurf 1925 und wurde vom Ständerat eingeführt, „um zu verhüten, daß spezielle Tbc.-Kassen entstehen".)

Das Krankenversicherungsgesetz vom 13. Juni 1911 schrieb Versicherungsleistungen nur für eine Krankheitsdauer von 180 Tagen innert Jahresfrist vor. Auf Eingabe der „Zentralkommission" wurde jedoch schon damals Art. 35b hinzugefügt: „Die bezeichneten Bundesbeiträge werden um je 50 Rappen erhöht für diejenigen Mitglieder, denen die Kasse im Krankheitsfalle die Versicherungsleistungen im Laufe von 540 aufeinanderfolgenden Tagen während wenigstens 360 Tagen gewährt." Obgleich die Tbc. dabei nicht namentlich genannt wurde, war es klar, daß es sich fast ausschließlich um sie handelte, da ihre Krankheitsdauer etwa das Achtfache der sonst gewohnten beträgt. (*Niederer.*)

Die Subvention betrifft also nur die über das gesetzliche Obligatorium hinausgehende Mehrleistung.

Da die Revision des Krankenversicherungsgesetzes auf sich warten ließ, ging die (in Art. 8 der VV. vorgesehene) *Verordnung* vom 31. März 1931 noch weiter, indem sie Versicherungsleistungen während 540 Tagen innert 5 Jahren verlangte. Damit wirklich nur Tbc.-Fälle, und zwar nur die schweren, erfaßt werden, beginnt die Bundessubvention laut Art. 4 dieser Verordnung erst am 151. Tag (bei Kindern am 91. Tag), denn die mittlere Kurdauer war laut der Botschaft 1925 schon auf 164 Tage angestiegen.

Art. 3 dieser Verordnung verlangt nun als zusätzliche Leistung von den Kassen bei Tbc.-Patienten bei Arzt- und Arzneiversicherung mindestens 3 Fr., bei Taggeldversicherung mindestens 2 Fr., wovon der Bund bis 50% übernimmt. Da die Tbc.-Versicherung eine schwere Belastung der Kassen darstellt, sollen sich laut Art. 2 der Verordnung diejenigen mit weniger als 40,000 Mitgliedern durch Rückversicherung decken, was vom Bund dadurch gefördert wird, daß auch letztere subventioniert werden.

Artikel 16/17. Obgleich das Tbc.-Gesetz, wie die Botschaft sagt, kein eigentliches Zwangsgesetz sein kann, finden wir in Artikel 16 und 17 des Gesetzes doch Strafbestimmungen, nämlich Bußen bis zu 2000 Fr. (1913: 500 Fr.), welche durch die Kantone ausgesprochen und eingezogen werden. Gegen die kantonalen Entscheide ist laut Art. 49 der VV. ein Rekurs an den Bundesrat innert 30 Tagen möglich.

Artikel 18 des Gesetzes schreibt die Herausgabe einer Vollziehungsverordnung vor, die, wie wir sahen, am 20. Juni 1930 erfolgte.

Artikel 19 des Gesetzes verlangt auch von den Kantonen Ausführungsbestimmungen, die laut Art. 48 der VV. vom Bund genehmigt werden müssen. Indirekt fordert dieser Artikel außerdem zusammen mit Art. 27 der VV., die Einführung des Schularztamtes, wenn auch dank Art. 7 der VV. eventuell bloß nebenamtlich.

Artikel 20 des Gesetzes verlangt von jedem Kanton Jahresberichte über die Ausführung des Tbc.-Gesetzes, die der Bund ja laut Art. 18 des Gesetzes zu überwachen hat. Der Vorschlag, dafür einen eigenen Beamten, einen „fonctionnaire antituberculeux fédéral", zu ernennen, wurde abgelehnt.

Artikel 21 des Gesetzes hebt alle widersprechenden früheren Kantonsgesetze und Subventionen auf.

Die Botschaft vom 16. Oktober 1928 gab das etappenweise In-Krafttreten des Gesetzes an.

C. Ausführung des Gesetzes

Wenn wir uns nun über die Ausführung des Gesetzes Rechenschaft geben wollen, so orientieren uns darüber die *kantonalen Verordnungen* und *Jahresberichte*. Gehen wir wieder artikelweise vor:

ad Art. 1. Ueber die Rolle, die laut Artikel 1 Bund, Kanton und private Organisationen spielen sollten, erschien leider keine genaue Verordnung, so daß Aufbau und Zusammenarbeit der verschiedenen Instanzen tatsächlich zu wünschen übrig läßt. (So drückt sich beispielsweise Art. 7 der VV. nur sehr vage über das Verhältnis kantonale Behörde-Fürsorgestelle aus: die Kantone „berücksichtigen tunlichst" usw.) Die kantonalen Verordnungen änderten daran nichts, sondern blieben sogar z. T. noch unbestimmter, wenn wir da z. B. lesen, daß die privaten Fürsorgeorganisationen hinzugezogen werden „können", „sofern sie sich dazu eignen", usw. Solche Formulierungen beweisen jedenfalls, daß die Zusammenarbeit zwischen Behörden und Privatinitiative noch nicht zu jener Selbstverständlichkeit geworden war, welche die geistigen Urheber des Gesetzes erwartet hatten. (*Bachmann.*)

Die zur Behandlung solcher bei Anwendung des Gesetzes auftauchenden Schwierigkeiten eingesetzte gemischte „Tbc.-Kommission" trat am 30. April 1931 zum ersten Mal zusammen, um die eingegangenen Kantonsberichte zu besprechen.

Die Beilage „Gegen die Tbc." zum Bulletin des Gesundheitsamtes, worin Verordnungen und Jahresberichte jeweils veröffentlicht wurden, stellt ein weiteres Bindeglied zwischen Behörden und Privatorganisationen dar.

ad Art. 2. Was Artikel 2 (Meldepflicht) betrifft, fällt uns beim Durchlesen der kantonalen Verordnungen auf, wie uneinheitlich die Meldestelle bezeichnet wird. In der Mehrzahl erfolgt die Anzeige direkt an die Sanitätsdepartemente, bei den übrigen aber finden wir einen verlängerten und so die Diskretion gefährdenden Instanzenweg (über den Bezirksarzt usw.). Immerhin geschieht die Meldung fast durchwegs an Aerzte, was die Schweigepflicht doch einigermaßen garantiert. Ueber die Behörde, die die „nötigen Maßnahmen" veranlassen soll, herrscht in den Verordnungen ebenfalls große Verschiedenheit (Kantonsarzt, gemischte Kommissionen usw.). Die Weiterleitung an die Fürsorgestellen erfolgt nicht in allen Kantonen automatisch, was doch das Richtige wäre, da die Amtsstellen aus ihrer Distanz weniger gut beurteilen können, wo solche Maßnahmen nötig sind.

Ueber den Wortlaut des Gesetzes hinaus geht der Kt. Schaffhausen, der in einem Kreisschreiben 1938 die Aerzte aufforderte, im Interesse einer Morbiditätsstatistik *alle* Fälle von Tbc. zu melden. Ebenso meldeten die Spitäler von Anfang an jede Tbc., weil „sie nicht in der Lage" seien, „das häusliche Milieu der Kranken zu beurteilen". In dem im Bulletin vom 3. August 1940 vorgeschlagenen Kantonsberichtschema ist ebenfalls die Anzeige jeder Tbc. vorgesehen. Diese Praxis entspricht ja auch jenen neueren klinischen Ansichten, daß viele Lungentbc.-Fälle bloß temporär abazillär sind. Für die Entschädigung der Aerzte (für die Meldung), die also nur indirekt im Gesetz steht, indem sie unter den subventionsberechtigten Ausgaben aufgeführt ist, fixierten die meisten Kantone Beträge zwischen 50 Rp. (Uri) und 4 Fr. (Zürich, Aargau), was etwa der Entschädigung einer Unfallmeldung durch die Krankenkassen entspricht.

Immer wieder begegnet uns in den Jahresberichten die Klage über ungenügende Meldung von seiten der Privatärzte, und zwar besonders der Spezialisten. (Vaud 1931/32, vgl. auch das Kreisschreiben des Departements des Innern an die kant. Sanitätsdirektoren vom 9. Januar 1935.) Je nach Temperament finden sich die Kantone damit verschieden ab, z. B. tröstet man sich in Bern über den Rückgang der Meldungen damit, daß eben auch die Tuberkulose zurückgehe (1937). Dagegen droht Vaud (1937): „Nous serons amenés bien à regret à prendre dans un avenir très prochain des sanctions vis-à-vis des médecins qui ne déclarent pas les décès par tuberculose." Der Kanton Aargau ging sogar 1931 gegen einen Arzt wegen Nichtmeldung gerichtlich vor, und Basel-Stadt begann die Meldungen an Hand der Sputumuntersuchungen des Hygieneinstituts zu kontrollieren; da auch nicht einmal die Tbc.-Todesfälle lückenlos angezeigt wurden, zog es ferner zur Nachprüfung dieser Meldungen die Statistik des Bestattungsamtes heran.

Andrerseits ließ die Tbc.-Mortalitätsstatistik wieder einen Rückschluß auf die Tbc.-Meldungen zu. So beklagte sich 1938 Vaud, daß dem Sanitätsdepartement bloß 50% der Tbc.-Todesfälle vorher bekannt waren. In den Jahren 1933/34 meldeten nur 5 Kantone mehr Tbc.-Fälle als Tbc.-Todesfälle, was doch das Normale sein sollte. (Dabei fiel es auf, daß jene 5 Kantone die ersten gewesen waren, die eine Verordnung eingeführt hatten, und daß sie das Maximum der Meldungsentschädigung zahlten.) In Schwyz und Graubünden wurde 1933 überhaupt keine Anzeige erstattet, obgleich dort in dieser Zeit 59 respektive 108 Personen an Tbc. starben.

Im Jahresbericht 1938 schlug Vaud vor, um die Aerzte in ihrer Praxis möglichst wenig zu schädigen, bei den Meldungen jeweils zu vermerken, wo *keine* sanitätspolizeilichen Maßnahmen nötig seien. Dank der beschränkten Anzeigepflicht konnte die Meldung unter Umständen auch nur an die Fürsorgestelle erfolgen (*Hunziker*). So waren in Zürich 1939 85,1% der Gemeldeten den Fürsorgestellen bereits bekannt.

Da Art. 9 der VV. die „Ansteckungsgefahr" sehr weit faßt, konnte in Vaud 1938, sozusagen schon auf Grund eines Indizienbeweises (in der Umgebung des Kranken wurden frische Tbc.-Infekte festgestellt) gegen einen Tuberkulösen vorgegangen werden.

ad Art. 3. Was die Zwangshospitalisation betrifft, so steht sie nicht expressis verbis im Gesetz, aber ein Entscheid des Departements des Innern (auf eine Anfrage Zürichs) erlaubt sie heute auf Grund des sehr allgemein und unbestimmt ausgedrückten Artikel 3, „da das Tbc.-Gesetz als Rahmengesetz nur eine Mindestforderung" darstelle, „über die hinauszugehen es den Kantonen gestattet" sei. So haben Luzern und Solothurn die Zwangshospitalisation in ihre Verordnung aufgenommen, und in Zürich blieb dank einem Rechtsgutachten des Regierungsrates das kantonale Zwangshospitalisationsgesetz von 1912 in Kraft. Den Jahresberichten können wir aber entnehmen, daß dank wachsender Aufklärung nur wenig

Gebrauch davon gemacht werden mußte. Nach *Bräuning* gibt es überhaupt nur etwa 5% asoziale Tuberkulöse. Immerhin begegnen wir in den Kantonsberichten mehrere Male der Anregung, eine eidgenössische Tbc.-Station für Asoziale zu errichten.

ad Art. 4. Die bakteriologischen Untersuchungen (Artikel 4) sind leider noch immer nur in wenigen Kantonen unentgeltlich, obgleich erst die Unentgeltlichkeit ermöglichen wird, die Kontrollen genügend zu vermehren. (*Bachmann.*)

Das im Gesetz fallen gelassene Spuckverbot finden wir in den Verordnungen von Bern und Solothurn wieder eingeführt.

ad Art. 5. Die Unentgeltlichkeit der Desinfektion (Artikel 5) besteht ebenfalls nur in wenigen Kantonen. In Graubünden muß der Patient die fortlaufende Desinfektion zahlen, „da sie auch für ihn wichtig" sei, während der Staat die Schlußdesinfektion übernimmt. Nach der Verordnung von Solothurn wird die laufende Desinfektion durch die Fürsorgestelle, die Schlußdesinfektion durch den Staat vorgenommen. Zur Förderung der fortlaufenden Desinfektion gab die „Vereinigung gegen die Tbc." 1939 ein Flugblatt heraus.

ad Art. 6. Was das Berufsverbot (Artikel 6) betrifft, so hat es sich gezeigt, daß es erst dann auf andere als den Lehrerberuf (beispielsweise auf Melker, Coiffeure) ausgedehnt werden kann, wenn wir eine obligatorische Tbc.-Versicherung besitzen werden. Solange muß man eben durch strenge Eintrittsmusterungen bei jenen die Weiterverbreitung der Tbc. besonders begünstigenden Berufen vorzubeugen versuchen.

Eine Angabe darüber, wann die Streichung aus der von der Meldestelle geführten Kontrolliste erfolgen soll, fehlt leider im Gesetz. Vaud streicht 3 Jahre nach dem Negativwerden des bakteriologischen Befundes. Die periodische Schüleruntersuchung wird heute dem Stand der Wissenschaft entsprechend als Tuberkulinkataster mittels der Moroschen Salbenprobe durchgeführt, wobei die „positiven" Kinder noch durchleuchtet werden. Die durch Art. 31 der VV. verlangte „periodische Wiederholung" der Untersuchung wird von Zug z. B. jährlich, von Zürich nur 3jährlich durchgeführt.

Die Tuberkulinprobe „ist zwar nicht dem Wortlaut, aber dem Geiste nach im Gesetz enthalten" (*Gähwyler*). Solange eine schriftliche Einwilligung der Eltern nötig war, hatte man viele Schwierigkeiten, so daß Zürich dazu überging, nur noch die schriftliche Verweigerung gelten zu lassen, wobei man sich zudem Meldung ans Statthalteramt vorbehielt dank einer „Wegleitung" der Zürcher Erziehungsdirektion vom 19. Januar 1937[1]).

Nicht alle Kantone nehmen die Schüleruntersuchungen gleich ernst. So verlangt Neuchâtel nur eine jährliche „contrôle du poid et de la taille", und Schwyz besteht ausdrücklich auf Beschränkung der Zahl der Untersuchungen, „namentlich dann, wenn die Tbc. nur auf Grund des Allgemeinbefindens festgestellt wurde". Appenzell A.-Rh. lehnt laut Jahresbericht 1936 jede Subvention der Röntgenuntersuchung ab.

Auf der andern Seite untersuchen einzelne Berner Gemeinden noch zusätzlich mittels der Senkungsreaktion, und geben an gefährdete Kinder unentgeltlich Milch und Lebertran ab.

Zur Ermöglichung einer Morbiditätsstatistik führte 1934 das Gesundheitsamt eine einheitliche „Schülerkarte" ein. Aus den übrigen Verordnungen zu diesem Artikel sei noch folgendes festgehalten: Die Verordnung von Zug verlangt auch Beseitigung der Lehrmittel der evakuierten Kinder;

---

1) Der Widerstand der Eltern beruhte meist auf der Furcht vor „Impfschäden", z. T. aber war er ein prinzipieller, der durch den latenten Widerspruch zwischen Schweigepflicht und Umgebungsuntersuchung bedingt war.

Graubünden verbietet es, Schulkinder zur Reinigung der Schulzimmer heranzuziehen. Nach der Aargauer Verordnung darf der Schularzt nur dann zugleich behandeln, wenn er Hausarzt der Familie ist. Wallis verlangt Instruktion der Lehrer zur Beobachtung der Schulkinder. Was die Lehrerentschädigung bei vorzeitiger Entlassung wegen Tbc. betrifft, geht Baselland über die gesetzlichen „75% des zuletzt bezogenen Gehaltes" bis auf 100% hinaus.

Mit dem Problem, wie man den aus der Schule entfernten Kindern die laut Art. 27 der B.V. obligatorische Schulbildung beibringen soll, befassen sich die Verordnungen von Baselstadt und Appenzell A.-Rh., ohne allerdings anzugeben, wie man praktisch vorgehen soll. („... diesen Kindern, wenn irgend möglich, eine entsprechende Schulbildung zuteil werden zu lassen.")

ad Art. 7. Auffallend differieren die kantonalen Verordnungen bezüglich der für die Pflegekindüberwachung (Artikel 7) verantwortlichen Behörde. (In Nidwalden kontrolliert der Gemeinderat „durch regelmäßige Besuche", in Graubünden ist dies Sache des Schularztes usw.) Die Verordnung von Nidwalden verlangt statt der „zureichenden Wohnungsverhältnisse" des Gesetzes allgemeiner „günstige Lebensverhältnisse" der Pflegefamilie. Fribourg macht folgende Einschränkung: „Pour les conditions de l'éloignement de l'enfant il sera tenu compte des facteurs d'ordre moral."

ad Art. 8. Wie wir erwähnten, steht die Bundesverordnung zu Artikel 8 (Prophylaktische Maßnahmen in Werkstätten, Fabriken usw.) noch aus, und zwar entnehmen wir dem Geschäftsbericht der „Vereinigung" von 1939, daß ihre Abfassung infolge der Krise, also aus finanziellen Gründen, bis auf weiteres verschoben wurde. Auf diesen Artikel nimmt die Verordnung von Solothurn Bezug, indem sie empfiehlt, die Umgebungsuntersuchungen auch auf Fabrikbelegschaften auszudehnen.

ad Art. 9. Artikel 9 gegen die Geheimmittel erlaubte auch den Kantonen mit freier Heilpraxis gegen Auswüchse des Kurpfuschertums vorzugehen (vgl. Jahresbericht Appenzell A.-Rh. 1936). Aus den Verordnungen sei nur erwähnt, daß St. Gallen auch die „Beratung durch Unbefugte" verbietet und „Vernichtung oder Verwertung" der konfiszierten Mittel vorschreibt.

ad Art. 10. Artikel 10 verlangt, wie wir sahen, von den Kantonen den Weiterausbau der antituberkulösen Werke „nach Maßgabe des Bedürfnisses". Daß mit dem Bedürfnis nicht immer Schritt gehalten wurde, sehen wir daraus, daß das Volkswirtschaftsdepartement laut Jahresbericht 1934/35 eine Liste subventionsberechtigter Pensionen herausgeben mußte, wo diejenigen Tbc.-Kranken warten konnten, die in den Heilstätten keinen Platz gefunden hatten.

Die Berner Verordnung verlangt pro 15,000 Einwohner eine Fürsorgestelle und umschreibt genau deren Aufgaben, unter Ergänzung der in Art. 10b des Gesetzes genannten: „Beratungsstunde, Ermittlung tuberkulöser Familien, Aufklärung, Kontrollbesuche, Kurvermittlung, Desinfektion, Abgabe von Krankenutensilien und Vermittlung von Pflegerinnen, Stellenvermittlung." Eine weitere, statistische Aufgabe ergab sich aus dem Führen der Kontrollisten nach einem seit 1939 einheitlichen, der Sanatoriumsstatistik nachgebildeten Schema.

Zwecks Neugründung von Fürsorgestellen erhebt Bern eine Kopfsteuer von 20 Rp. Thurgau begnügte sich mit einer einmaligen Steuer von 50 Rp. im Jahre 1930 für diesen Zweck. Die Tessiner Verordnung verlangt: „I communi verseranno a detto fondo un contributo annale nella misura di centesimi 30 per ogni abitante di ordinaria residenza." Es ist auffallend, daß die Fürsorgerin, von deren Persönlichkeit soviel abhängt, nur in zwei Verordnungen erwähnt wird (Fribourg, Bern).

Was die Maßnahmen gegen die Rindertbc. (vgl. VV. 45) betrifft, wie sie das Bundesgesetz von 1896 vorschrieb (Kennzeichnung der tuberkulinpositiven Rinder durch dreieckigen Ausschnitt am rechten Ohr), so wurden sie nie konsequent ausgeführt, da es sich bald zeigte, wie unheimlich verbreitet die Tbc. beim Rind ist. Im Jahre 1889 machte zwar der Vorstand der welschen landwirtschaftlichen Vereine eine bemerkenswerte Eingabe ans eidgenössische Landwirtschaftsdepartement, worin „Absperrung und Beseitigung tbc.kranker Tiere unter Entschädigung der Beteiligten im Interesse der schweizerischen Landwirtschaft, wie in demjenigen der öffentlichen Gesundheitspflege" verlangt wurde, aber auf diese Anregung wurde leider nicht eingegangen. Von den kantonalen Verordnungen nimmt bloß diejenige von Solothurn auf die Rindertbc. Bezug, indem sie verbietet, die Milch bei Eutertbc. in den Handel zu bringen; ferner empfiehlt sie, mit den Tierärzten Fühlung zu nehmen; so soll der Kantonstierarzt Meldung machen. Was die Lebensmittelkontrolle betrifft, so fällt in der Praxis auf, wie ungleich Fleisch- und Milchkontrolle gehandhabt werden, begnügt man sich doch bei der Milch, die nach neuesten Erfahrungen eine viel größere Rolle als Infektionsquelle spielt, mit einer Prüfung des Fettgehaltes und der Verunreinigung.

ad Art. 11. Was die Wohnungshygiene anbelangt (Artikel 11), so definieren die Kantonsverordnungen ziemlich übereinstimmend die „tbc.fördernde Wohnung" mit „feucht, licht- oder sonnenarm und schwer zu lüften". Zug empfiehlt, die Wohnungssanierung auf gütlichem Wege zu versuchen, da ja nur die Wohnungsinspektion subventionsberechtigt sei. Trotzdem subventionieren die Verordnungen von Schaffhausen und Solothurn auch die Wohnungsverbesserung. In Zürich findet die Wohnungsinspektion jeweils auf Anzeige des Arztes oder der Fürsorgestelle statt. Den Berichten der Sanitätsdirektionen können wir entnehmen, daß die Wohnungsinspektionen von den Kantonen nur sporadisch, jedenfalls nicht systematisch durchgeführt wurden.

ad Art. 12. Die in Artikel 12 verlangte Aufklärung wurde vor allem von der „Vereinigung gegen die Tbc." unter dem Präsidium des unermüdlichen Förderers der Tbc.-Bekämpfung, *E. Bachmann* (seit 1925) übernommen und mittels Flugschriften, Broschüren, Filmen, Ausstellungen (Hyspa 1931, LA 1939) usw. durchgeführt. Auf Plakate verzichtete man, „da man das Sujet zu oft hätte wechseln müssen". Die Aufklärung durch die Schule ist leider nicht im Gesetz verankert. Tatsächlich wird die sogenannte „Gesundheitslehre" in unsern Volksschulen durchwegs vernachlässigt und sollte womöglich vom Schularzt an die Hand genommen werden, da sie einesteils zur Selbstdiagnose anleiten und anderesteils vor übertriebener Krankheitsfurcht bewahren kann (*Spieler*). Die Verordnung von Zürich schreibt wenigstens Aufklärung der oberen Schulklassen über die Tbc. vor.

ad Art. 13. Bei der Förderung der wissenschaftlichen Erforschung der Tbc. (Artikel 13) handelte es sich im wesentlichen um die jährliche Unterstützung des „Schweizerischen Forschungsinstitut für Hochgebirgsklima und Tuberkulose" in Davos (seit 1923). Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang noch die alljährliche wissenschaftliche Frühjahrstagung der „Vereinigung gegen die Tbc.".

ad Art. 14. Die in Artikel 14 vorgesehenen Bundessubventionen kamen zum ersten Mal für die Ausgaben des Jahres 1921 zur Auszahlung, und zwar durch Vermittlung der Kantone, während die „Vereinigung" vorgeschlagen hatte, ihr selber die Verteilung zu überlassen. Infolge der Krise wurden eigentlich von Anfang an die Minimalansätze benutzt. Die Erwartungen der privaten Organisationen wurden zunächst enttäuscht, denn sie erhielten teilweise sogar weniger Subvention als vorher (z. B. Aargau 17,000 Fr. weniger), obgleich ja die Gesamtsubvention des Bundes

wesentlich höher war als im Vorjahr. Die Delegiertenversammlung vom 9. Juni 1929 stellte fest, daß dies daher rühre, daß nach der neuen Praxis die Ausgaben für Einzelunterstützung von der Subvention ausgeschlossen waren, und schlug daher vor, Pauschalsummen anzugeben. (Das Gesundheitsamt meinte indessen etwas boshaft, hier habe man den Beweis, daß die privaten Organisationen früher eben zu viel Subvention zugeteilt bekommen hatten.)

Durch den Bundesbeschluß vom 13. Oktober 1933 „zur Wiederherstellung des Budgetgleichgewichtes", der den Bund ermächtigte, „nicht verfassungsrechtlich oder vertraglich gebundene Subventionen" um 20% herabzusetzen, wurde auch der Bundesbeitrag zur Bekämpfung der Tbc. betroffen. Es traten folgende Reduktionen ein: Für Heilstätten und Spitalabteilungen statt 10—12% noch 8—10% des Pflegetages, für Neubauten statt 20—25% noch 16—18%, für die Unterstützung entlassener Lehrer statt 50% 40%, für den Schularzt statt 8—10% noch 7%. Nur an die Vereinigungen und Fürsorgestellen wurde, in Anbetracht ihrer großen Bedeutung, die bisherige Subvention von 33% weiterhin ausgerichtet.

Indessen sanken in den folgenden Jahren die Prozentsätze weiter, und der Jahresbericht 1937/38 beklagte sich über „den jährlichen Kampf um die Bundessubventionen".

Der Bundesbeschluß über das Fiskalnotrecht vom 28. Oktober 1937 brachte folgende neue Abzüge: Für den Pflegetag noch 5—7,2%, für Bauten 10—12,5%, für Lehrerunterstützung 30%, für den Schularzt noch 5% Subvention und für die Vereinigungen und Fürsorgestellen diesmal bloß eine feste Pauschalsumme von 870,000 Fr., die aber tatsächlich immer noch etwa 30% der Ausgaben ausmachte. Infolge der steigenden Ausgaben der Fürsorgestellen jedoch machte dieser Betrag im folgenden Jahr nur noch etwa 25,5% aus, so daß die „Vereinigung" am 20. November 1938 eine diesbezügliche Eingabe an das Departement des Innern richtete. Auch der Beitrag an die „Vereinigung" selbst, der seit 1922 20,000 Fr. betragen hatte, wurde für 1936 auf 16,000 Fr. und für 1935 sogar auf 14,000 Fr. herabgesetzt. Von dieser Subvention teilte übrigens die „Vereinigung" jeweils die Hälfte dem Koch-Brunnerfond zu, der dort einspringen sollte, „wo die lokale Fürsorge nicht nachkam oder wo häufiger Wohnungswechsel von der öffentlichen Unterstützung ausschloß". (Ein interkantonales Konkordat verlangt vom Unterstützungsnehmer eine halbjährige Ansässigkeit.) Infolge dieser Beschränkung ihrer Mittel sah sich die „Vereinigung" veranlaßt, die Mahnung zu erlassen, daß man rechtzeitig die Armenpflege in Anspruch nehmen solle, damit eine Kur nicht aus wirtschaftlichen Gründen verfrüht abgebrochen werden müsse.

ad Art. 15. Die zusätzliche Krankenversicherung für Tbc. gemäß Artikel 15 trat erst im Jahre 1932 in Kraft. In diesem Zusammenhang gab Bern am 23. Juni 1932 „Richtlinien für die Organisation der Kurversorgung" heraus.

Die Krankenkassen befolgten den Rat, „sich durch Rückversicherung zu decken, statt auf die Kurdauer einen Druck auszuüben", so daß einige von ihnen seit 1939 ihre Versicherungsleistungen statt während 540, sogar während 720 Tagen gewähren, die übrigens auch subventionsberechtigt sind, da ja im Gesetz keine Grenze „nach oben" angegeben ist.

Da die Zuerkennung der Subventionsberechtigung Kantonssache ist, gab die Tbc.-Kommission am 26. Januar 1933 nur diesbezügliche „Richtlinien" heraus, worin gegen Mißbrauch der Subvention Sanatoriumsbehandlung zur Bedingung gemacht wurde. Die Liste der subventionsberechtigten Anstalten wurde im Bulletin des Gesundheitsamtes veröffentlicht (23. April 1936).

Als eine Art Selbsthilfe schloß die Basler Heilstätte in Davos mit den Krankenkassen Verträge ab, worin sie sich verpflichtete, den Pflegetag-

preis zu erniedrigen, wenn dafür eine gewisse Mindestdauer der Kur garantiert wurde. Die Fabrikkrankenkassen bauten sogar ein eigenes Sanatorium, was vom Bund aber als „gefährliche Immobilisierung des Versicherungsvermögens" nicht gern gesehen wurde.

ad Art. 19. Die in Artikel 19 von den Kantonen verlangten Ausführungsbestimmungen kamen nur zögernd heraus, und zwar als erste diejenige von St. Gallen (31. Oktober 1930), als letzte diejenigen von Glarus und Tessin (7. resp. 13. November 1934). Solothurn revidierte seine Verordnung am 2. Juni 1939.

Da das Gesetz nicht vorschrieb, ob diese Ausführungsbestimmungen auf dem Verordnungs- oder auf dem Gesetzesweg herausgegeben werden sollten, wählten z. B. Glarus und Fribourg die Form eines Gesetzes.

ad Art. 20 (18). Die in Artikel 20 von den Kantonen verlangten Jahresberichte, an Hand deren der Bund die Ausführung des Gesetzes kontrollieren wollte, ohne die Statistik, „qui a le pas lent" (*Chuard*) abwarten zu müssen, wurden anfänglich nur unregelmäßig eingesandt. (So erschienen im Jahre 1932 bloß diejenigen von Bern, Baselstadt und Graubünden.) Zudem mußte sich das Gesundheitsamt über ihre Systemlosigkeit beklagen (30. September 1939), weshalb es im Bulletin ein provisorisches Schema abdruckte.

D. Erfolg des Gesetzes

Wenn wir uns nun noch über den Erfolg des Tbc.-Gesetzes bis zur Gegenwart orientieren wollen, so kann uns darüber die *Statistik* einige Auskunft geben.

Weil wir nur eine beschränkte Meldepflicht haben, wird es sich nicht um eine *Morbiditäts-*, sondern nur um eine *Mortalitäts*statistik handeln können, obgleich die erstere wertvoller wäre. Schon die Botschaft 1925 berichtete von einem Versuch der Professoren *De Quervain* und *Hunziker*, an Hand der Statistik der chirurgischen Tbc. in Baselstadt vom Jahre 1913 die Morbidität zu berechnen. Man fand dabei den Faktor 12 (d. h. *12* × Mortalität = Morbidität), was etwa einer Morbidität von 2% entsprach. Aehnlich lautete die Statistik der Krankenkasse Konkordia, die 1931 bei ihren Mitgliedern eine Tbc.-Morbidität von 3,92% feststellte. Neueste Reihendurchleuchtungen ergaben aber sogar 15—20% Erkrankungen an Tbc., wovon 4—5% mit der offenen Form (*Spieler*). Wir müssen also heute mit einem Faktor zwischen 17 und 20 rechnen, so daß wir (bei 3—4000 Tbc.-Todesfällen pro Jahr) gegenwärtig noch rund 70,000 Tbc.-Erkrankte in der Schweiz haben dürften. Man kann nun tatsächlich z. B. aus der Statistik der Krankenkasse Konkordia einen gewissen Rückgang der Morbidität feststellen (sie sank z. B. von 3,92% im Jahre 1931 auf 3,38% im Jahre 1934). Ein weiteres Beispiel ist die Meningitis tbc., wo Morbidität bekanntlich zugleich Mortalität bedeutet. In den Jahren 1880—1900 starben daran durchschnittlich pro Jahr 1600 Personen, heute sind es noch etwa 700. Doch wenden wir uns der zuverlässigeren Mortalitätsstatistik zu.

In der schweizerischen Streblichkeitsstatistik (Eidgenössisches Statistisches Amt) besitzen wir nämlich dank eines geschickten

diskreten Systems eine der besten europäischen Mortalitätsstatistiken. (So starben bereits 1916—1920 durchschnittlich nur noch 2,4% unbescheinigt.) In den Jahren 1891—1895, als man mit der statistischen Erfassung der Tbc. begann, betrug die Mortalität an Lungentbc. 20,7$^0/_{000}$, an Tbc. überhaupt 28,2$^0/_{000}$. Bis 1937 sank sie nun auf 6,8 resp. 8,9$^0/_{000}$, und letztere beträgt heute kaum mehr 8$^0/_{000}$.

Kann man aber aus der Abnahme der Tbc.-Sterblichkeit ohne weiteres auf einen Erfolg des Kampfes gegen die Tbc. im allgemeinen und des Tbc.-Gesetzes im besonderen schließen? Wir müssen zugeben, daß da noch andere Faktoren mitspielen. Zunächst nimmt die *Gesamtmortalität* aus allgemeinen sozialhygienischen Gründen sowieso dauernd etwas ab. So sank sie zwischen 1881 und 1920 von 212,5$^0/_{000}$ auf 149,5$^0/_{000}$, was einen Gewinn von ca. 30% ausmacht, während allerdings die Tbc. in der gleichen Zeit von 32,9 auf 20,2$^0/_{000}$, also mehr als parallel mit einem Gewinn von 39% fiel.

Die Tbc.-Mortalität geht also stärker zurück als die Gesamtsterblichkeit, so daß sie heute auch nicht mehr, wie noch vor zwei Jahrzehnten, die erste Todesursache darstellt. Ihr Rückgang zeigt auch eine gewisse Progredienz, ohne daß aber deutliche Stufen, etwa entsprechend dem Einsetzen der Privatinitiative 1905, der Bundessubventionen 1921 und der Tbc.-Gesetzgebung 1928 herausgelesen werden können, was aber nicht verwunderlich ist, da sich prophylaktische Maßnahmen nur allmählig und in Generationen auszuwirken vermögen.

Wird die Tbc. aber weiter so zurückgehen, um „spätestens in 60 Jahren ausgerottet" zu sein, wie *Kattendidt* meinte? Oder befinden wir uns nur mehr oder weniger zufällig im absteigenden Schenkel einer Epidemiewelle (*Hofmeister*), da die Hygienesektion des Völkerbundes feststellte, daß die Tbc. z. B. in Südamerika, Indien und Afrika im Zunehmen begriffen ist?

Jedenfalls spielten jene allgemeinen sozialhygienischen Fortschritte gerade beim Rückgeang der Tbc.-Sterblichkeit eine große Rolle. Die Industrialisierung bedeutete, nachdem einmal die Frauen-, Kinder- und Nachtarbeit beseitigt war, in dieser Beziehung keine Gefahr, sondern wirkte sich durch Erhöhung des Lebensstandards der Arbeiterklasse günstig aus. Das sehen wir daran, daß in den städtereichen Ländern wie England und Deutschland die Tbc.-Mortalität stärker zurückging als in den Bauernländern Frankreich und Ungarn. Auch innerhalb der Schweiz finden wir in dieser Beziehung typische Unterschiede zwischen Stadt- und Landkantonen. So lag 1901—1915 das Maximum der Tbc.-Sterblichkeit beim Städtekanton Genf und das Minimum beim Landkanton Obwalden, während sich das Verhältnis in der Periode 1916 bis 1939 umkehrte, wo wir das Maximum bei Wallis und das Minimum bei den ausgesprochenen Stadtkantonen Schaffhausen, Luzern,

Solothurn, Zürich, Baselstadt usw. finden. Es dürfte dies mit der schlechteren Ernährung auf dem Lande (die Bauern verkaufen ihre besten Erträgnisse) und dem dortigen Mangel an Wohnhygiene (größere Wohndichte, da geringerer Geburtenrückgang), aber auch mit der schwächeren Durchseuchung zusammenhängen.

Man pflegt zu sagen: „Jedes Land hat die Tbc.-Mortalität, die es verdient.“ Hat sich die schweizerische Lebenshaltung in den letzten Jahren derart gehoben, daß unsere Tbc.-Sterblichkeit heute niedriger ist als die der meisten übrigen Länder Europas, während es vor 20 Jahren noch umgekehrt war? Ich glaube vielmehr, wir dürfen darin doch auch einen direkten Erfolg unseres durch das Tbc.-Gesetz intensivierten Kampfes gegen die Tbc. sehen.

Welchen Anteil das Tbc.-Gesetz an diesem Erfolg hat, sehen wir, wenn wir uns an die Hauptschwierigkeiten des Kampfes gegen die Tbc. vor dem Gesetz erinnern, wie sie *Weber* in seiner Broschüre „Tbc. und Tbc.-Gesetz“ 1924 aufzählte: „Unkenntnis breitester Volkskreise, mangelhafte finanzielle Unterstützung durch die Kantone, mangelhafte Ausführung der kantonalen Verordnungen, mangelhafte Zusammenarbeit der Aerzte, Versagen der Tbc.-Therapie.“

Wie weit gelang es dem Tbc.-Gesetz, diese Schwierigkeiten zu beseitigen?

Was die „Unkenntnis breitester Volkskreise“ betrifft, so hat die „Vereinigung gegen die Tbc.“ mit ihrer unermüdlichen Aufklärungstätigkeit ein unbestreitbares Verdienst daran, daß diese Frage heute nicht mehr akut ist.

Anders steht es mit der Finanzhilfe der Behörden.

Wie wir oben sahen, gingen und gehen noch jetzt die Bundesbeiträge infolge Krise und Krieg dauernd zurück. Die erste Subvention von 2,891,135 Fr. (für 1929) übertraf allerdings die vorangehende provisorische fast um eine Million und stieg, wie erwartet, in den nächsten Jahren noch auf 3,447,443 Fr. (für das Jahr 1931). Dann aber nahm sie ständig ab und beträgt gegenwärtig noch 2,331,827 Fr. (für 1938).

Parallel stiegen auch die Totalausgaben von 18,491,301 Fr. (1929) auf 20,694,419 Fr. (1931), um ebenfalls wieder auf 17,794,345 Fr. (1938) zu fallen. Dabei steht der Rückgang der Ausgaben sicher mit der Abnahme der Subventionen, und nicht nur mit dem Zurückgehen der Tbc. in Zusammenhang. Was die „mangelhafte Ausführung kantonaler Verordnungen“ betrifft, die durch die Tatsache illustriert wird, daß in Zürich, trotz obligatorischer Meldepflicht seit 1912, vor dem Gesetz bei durchschnittlich 235 Tbc.-Todesfällen pro Jahr, nur 10 Meldungen erfolgen, so hat das Tbc.-Gesetz hier sicher einen Fortschritt gebracht, obgleich man noch heute den Aerzten den Vorwurf mangelhafter Mitarbeit machen muß. Mit unserer beschränkten Meldepflicht erreichten wir

auch nie das gute Resultat der skandinavischen Staaten, wo dank allgemeiner Anzeigepflicht 90% der Tbc.-Todesfälle den Behörden bereits bekannt waren, während dies bei uns bisher maximal nur bei 72,1% (Zürich) der Fall war. Wie wir oben sahen, sind wir aber auf dem Weg zur unbeschränkten Meldepflicht, und wie bei der Zwangshospitalisation hat es sich also „bloß um einen Umweg aus referendumspolitischen Gründen" gehandelt, dank „la volonté des autorités de ne pas se tenir trop à la lettre, mais de faire prendre de longues vues" (*Carrière*).

Was das „Versagen der Therapie" anbelangt, so muß zugegeben werden, daß die Prognose der offenen Lungentbc. noch immer schlecht ist. Noch jetzt sind 70% der offen Tuberkulösen nach 5 Jahren gestorben (*Spieler*) und obgleich sich das Tbc.-Gesetz, gerade wegen der beschränkten Meldepflicht, speziell mit der Lungentbc. beschäftigt, ging ihre Mortalität (wie auch die Zahl der Neuaufnahmen von Lungentuberkulösen in Sanatorien und Spitälern) weniger zurück als bei den übrigen Formen der Tbc. Versuche einer spezifischen Therapie (Friedmann, B.C.G., Goldtherapie usw.) kamen nicht viel über eine unspezifische Reizkörpertherapie hinaus, und die Wirksamkeit der diätetischen Behandlung (*Sauerbruch*, *Gerson* u. a.) beschränkte sich auf die Hauttbc. Die helioklimatische Sanatoriumsbehandlung, im wesentlichen auch nur eine Reizkörpertherapie, erzielte, wie wir schon sahen, meist bloß eine Lebensverlängerung, wobei übrigens wieder die Möglichkeit wuchs, andere neu anzustecken, wenn auch der Sanatoriumsaufenthalt pädagogisch auf das spätere Verhalten der Patienten wirkte.

So werden noch heute trotz längerer Kurdauern wie vor 20 Jahren nur etwa 50% voll erwerbsfähig aus den Sanatorien entlassen. Die übrigen suchen sich in der Heimindustrie zu beschäftigen, wo sie aber die Konkurrenz der Invaliden gegen sich haben und andererseits eine Gefahr gerade für die Kinder darstellen. Versuchen sie aber, eine Stelle zu finden, so sind sie gezwungen, ihre Krankheit zu verheimlichen. (Gab es doch Gemeinden, die solchen Heimkehrern die Niederlassungsbewilligung entzogen!) Haben sie eine Stellung gefunden, so erweisen sie sich leider oft als den üblichen Anforderungen nicht gewachsen und erleiden leicht einen Rückfall. So waren 1937 25% der Sanatoriumsinsassen zum zweiten Mal da. Aus diesem Grunde hatte sich Leysin schon 1903 eine landwirtschaftliche Kolonie angegliedert, die (ursprünglich als „Arbeitstherapie" gedacht) als Umschulungslager und zur Prüfung der Arbeitsfähigkeit ausgebaut wurde.

Einen Fortschritt in der Behandlung der Tbc. bedeutete immerhin die ambulante Kollapstherapie, so daß die Sanatorien ihre Bedeutung für die mittleren und leichten Fälle verloren. (Auch aus diesem Grunde wurde die durchschnittliche Kurdauer länger!)

Die Fürsorgestelle, die die Tbc. mittels Durchleuchtungen, Umgebungsuntersuchungen usw. „zu erfassen sucht, bevor sie offen und damit so gut wie unheilbar und ein gefährlicher Streuherd geworden“ ist, hat daher nicht bloß die Bedeutung eines Kurfinanzierungs-, sondern die eines Diagnostikinstitutes zur direkten Tbc.-Bekämpfung (*Bachmann*). Ein Röntgenapparat ist dabei unerläßlich, da mit ihm allein jene Frühformen der Tbc. entdeckt werden können, die auskultatorisch und perkutorisch symptomlos sind. Eigentliche Therapie wird freilich (abgesehen von Lausanne und von Pneunachfüllung für Unbemittelte) nicht getrieben, um ein Konkurrenzverhältnis zur Aerzteschaft zu vermeiden. Noch in vermehrtem Maße sollte die Fürsorgestelle ärztlich geleitet sein, und zwar durch einen Amtsarzt, um den Kontakt zwischen Behörde und Privatinitiative enger zu gestalten (ohne daß aber dadurch der eigentliche Fürsorgeapparat verstaatlicht werden darf!). (1930 waren 42 von 111, 1938 54 von 162 Fürsorgestellen ärztlich geleitet.) Die Zahl der von den Fürsorgestellen Befürsorgten ist immer noch im Ansteigen begriffen (1928: 29,664, 1938: 58,816), obgleich die Tbc.-Mortalität abnimmt. Das beweist, daß die Fürsorgestellen immer mehr von jenen 70,000 Tbc.-Erkrankten erfassen, wobei aber auch die Verlängerung der Nachkontrolle mitspielt. Ueberhaupt ist die Nachfürsorge das „Problem der Zukunft“ und „sollte im Gesetz besser verankert sein“ (*Bachmann*). Freilich würde die Stellenvermittlung der Sanatoriumsentlassenen besser vom Staat an die Hand genommen und interkantonal geregelt (so daß man z. B. auf klimatische Verhältnisse Rücksicht nehmen könnte). Auch sollte die Arbeitslosenunterstützung in irgend einer Form, z. .B als Sparversicherung, den Tuberkulösen zugänglich gemacht werden (denn nach der üblichen muß der Versicherungsnehmer vorher gearbeitet haben).

Das Tbc.-Gesetz förderte daher, wie wir schon sahen, die Fürsorgestellen besonders, indem es sie durch die Subvention noch mehr bevorzugte, als es jene provisorischen Bundesbeiträge vor 1929 schon getan hatten. So erhielten 1929 die Vereinigungen und Fürsorgestellen bei 3,571,442 Fr. Ausgaben 822,706 Fr. Subvention, dagegen die Sanatorien bei 8,175,430 Fr. Ausgaben nur 979,873 Fr. 1932 bekamen die Fürsorgestellen sogar absolut mehr als die Sanatoiren (940,710 Fr. gegen 857,296 Fr.) und bis 1938 wurde die Divergenz noch größer, nämlich 854,640 Fr. Subvention bei 2,880,624 Fr. Ausgaben gegen 558,148 Fr. bei 7,384,750 Fr. Ausgaben. Die Zahl der Fürsorgestellen stieg von 106 (1928) auf 411 (1938), ebenso die Zahl der Befürsorgten, wie wir oben sahen. Die Klage der Aerztezeitung (Nr. 49) 1923, daß die Fürsorgestellen zu wenig benutzt würden — von den Patienten aus Abneigung gegen Bevormundung, von den Aerzten aus Angst, Patienten zu verlieren — besteht heute also nicht mehr zu Recht. Im Gegenteil belasten Krise und Krieg die Fürsorge gegenwärtig in steigendem Maße.

Dank der neuen Bundessubvention vergrößerte sich aber auch die Zahl der Volskheilstätten von 28 (1928) auf 37 (1935), und die Bettenzahl von 2706 (1928) auf 4337 (1934). Beide Ziffern sanken aber seither wieder (1937: 34 V., 3891 B.). Aehnlich stiegen zuerst die Subventionen für Sanatorienbauten von 783,888 Fr. (1929) auf 1,219,780 Fr. (1930), sanken aber seither (abgesehen von einem kleinen Wiederanstieg 1934, wo wir ja auch die größte Bettenzahl verzeichnet hatten) sogar auf 205,674 Fr. (1938) herab.

Wie die Bettenzahl, stieg wohl auch die mittlere Kurdauer besonders unter dem Einfluß der Tbc.-Krankenversicherung gemäß Artikel 15 des Gesetzes. Man hoffte auch, die Nachfürsorge dafür sparen zu können. Die durchschnittliche Kurdauer, die noch 1921 155 Tage betragen hatte, stieg im Jahre 1932 auf 290 Tage, sank aber bis 1938 wieder auf 229 Tage. Auch die Anzahl der Pflegetage nahm z. B. von 1936/37 wieder um rund 20,000 ab, und die Zahl der Kurversorgungen ging in der gleichen Zeit von 22,602 auf 22,146 zurück.

Andererseits erniedrigte die Tbc.-Versicherung deutlich den Pflegetagpreis von Fr. 6.60 (1927) auf Fr. 5.77 (1937), und die Zahl der Versicherten nimmt noch heute ständig zu. Im ersten Jahr (1932) waren es bereits 189,707 Versicherungsnehmer und seither betrug der jährliche Zuwachs rund 100,000. 1939 überstieg die Zahl der Tbc.-Versicherten in der Schweiz bereits eine Million (1,024,046)!

Sicher hat die Tbc.-Versicherung auch zur Förderung der allgemeinen Krankenversicherung beigetragen. Trotzdem spielten bisher in der Schweiz die Krankenkassen im Kampf gegen die Tbc. nicht die Rolle wie in Deutschland, wo die Krankenversicherung obligatorisch ist, oder wie in Italien, das eine eigentliche Tbc.-Versicherung besitzt.

Ein weiterer wichtiger Faktor im Kampf gegen die Tbc., den das Gesetz gebracht hat, ist die periodische Schülerkontrolle und die daran anknüpfende Umgebungsuntersuchung durch den Schularzt, um zentripetal in der Familie des Kindes die Infektionsquelle zu entdecken (z. B. die Alterstbc. des Großvaters als „harmlosen Raucherkatarrh") und zentrifugal die gefährdeten Klassenkameraden ausfindig zu machen und zu verhüten, daß aus jeder Ansteckung eine Erkrankung wird. Die dabei geführten „Schülerkarten" geben zugleich Material für die Morbiditätsstatistik. So konnte z. B. *Lauener* feststellen (was seinerzeit auch *Uehlinger* bei der Nachprüfung von *Nägelis* Obduktionsbefunden konstatierte), daß das Durchseuchungstempo (wohl infolge der zunehmenden Hygiene) zurückgeht. Er fand nämlich bei der Untersuchung der Berner Schulkinder in den Jahren 1933—1937, daß bis zum 15. Jahr keine 50% mehr eine positive Missoreaktion gaben, während dies nach *Monti* und *Hamburger* z. B. in Wien 1909 noch bei 94% der Fall

war. So muß wohl als Folge dieser verspäteten immunisatorischen Vorgänge gedeutet werden, daß heute im Pubertätsalter und sogar bei Erwachsenen wieder mehr progrediente Ersterkrankungen an Tbc. angetroffen werden. Man wird sich also in Zukunft auch mit den Moro-negativen Kindern zu befassen und sie besonders vor Exposition zu schützen haben.

Vielleicht bewirkte das Versagen der Tbc.-Therapie, daß man heute wieder mehr die Konstitution betont. (Nach Prof. *Gigon* macht diese 50% der Todesursache aus.) Also gilt es auch den Erbfaktor zu berücksichtigen, etwa in Form eines Eheverbots bei offener Tbc., wie es das deutsche Ehegesetz vom 8. Oktober 1935 vorschreibt, und das nach neuester Praxis sogar auf jede aktive Tbc. Anwendung findet (*Redecke*). Ein solches Gesetz würde freilich in der Schweiz auf große Widerstände stoßen, denn, wie Prof. *Staehelin* in „Ehe und Tbc." schreibt: „Für uns gilt eben doch das Recht des Individuums in erster Linie, und wir wollen das Recht der einzelnen Persönlichkeit nur soweit unter die Interessen des Staates unterordnen, als es unbedingt notwendig ist."

Ein Gebiet, auf welchem das Tbc.-Gesetz leider keinen Fortschritt gebracht hat, ist die Rindertbc., die bei uns sogar im Ansteigen begriffen ist. Prof. *Zwicky* fand bei Schlachtungen in St. Gallen 1939 47,5% tuberkulöse Rinder. Nach *Spieler* ist die Milch, besonders diejenige der Milchsammelstellen, zu 30% tbc.bazillenhaltig. Der Typus bovinus wurde in Deutschland bei 9—10% aller Tbc.-Fälle gefunden und soll besonders die kindliche Meningitis tbc. hervorrufen, da ja das Kind der hauptsächlichste Rohmilchtrinker ist. Prof. *Zwicky* schlägt daher vor, die Qualität unserer Milch durch bessere Bezahlung der sogenannten „Vorzugsmilch" aus tbc.freien Ställen zu fördern. Auch sollte die Stallinspektion unbedingt durch Fachleute erfolgen, die z. B. eine Eutertbc. rechtzeitig diagnostizieren können.

Zusammenfassung

Es ist nun kein Zweifel, daß wir uns heute aus begreiflichen Gründen in einer depressiven Phase der Tbc.-Bekämpfung befinden. Noch wirken sich gegenwärtig jene durch das Tbc.-Gesetz eingeführten prophylaktischen Maßnahmen aus, aber sollte der jetzige Krieg eine wirtschaftliche Verarmung zur Folge haben, so wird es sich eben wieder erweisen, daß die Tbc. eine ausgesprochen soziale Krankheit ist.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, daß das schweizerische Bundesgesetz gegen die Tbc. trotz dem Mangel an kategorischen Imperativen für unsere Staatsform ein gutes Gesetz ist, da wir wissen, daß man bei der Schweizer Mentalität auf diesem Wege mehr erreicht als durch Zwang.

Die klug gewählte Form als Rahmengesetz läßt auch eine

weiteren Entwicklung genügend Spielraum. Hoffen wir doch mit *Carrière*, daß das Gesetz, so wie es jetzt vor uns liegt, nur „une première étappe dans la lutte officielle contre la tuberculose" ist.

Der Verfasser möchte an dieser Stelle Herrn Professor Dr. *H. Hunziker* und Herrn Priv.-Doz. Dr. *St. Zurukzoglu* für die Zuweisung des vorliegenden Themas danken. Ebenso fühlt er sich Herrn Dr. *E. Bachmann*, Präsident der „Vereinigung gegen die Tuberkulose", für seine wertvollen Mitteilungen zu großem Dank verpflichtet.

Bundégesetz betr. Maßnahmen gegen die Tbc. (13. Juni 1928). — Botschaft (1. September 1925). — Ergänzender Bericht (21. Februar 1928). — Vollziehungsverordnung (20. Juni 1930) und die übrigen Ver. — Kantonale Verordnungen. — Bundesblätter (Bundesbeschlüsse). — Stenographisches Bulletin (Stände- und Nationalratsdebatten). — Bulletin des Gesundheitsamtes und Beilage „Gegen die Tbc.". — *Reichesberg:* Handwörterbuch der schweizer. Volkswirtschaft. — Statistisches Jahrbuch der Schweiz. — Historisch-biographisches Lexikon der Schweiz.

Die Tbc. und ihre Bekämpfung in der Schweiz (1917). — *Olivier:* La lutte contre la tbc. en Suisse (1924). — *Bachmann:* Die Tbc.-Bekämpfung in der Schweiz; Das Tbc.-Gesetz (1935); Tuberkulose und Arbeit; Entwicklung der Tbc.-Fürsorge; Tbc.-Nachfürsorge (1940); Betrachtungen zum Bundesgesetz betr. Maßnahmen gegen die Tbc. (1940). — *Hunziker:* Der schweizer. Gesetzesentwurf zur Bekämpfung der Tbc.; Die Durchführung des Tbc.-Gesetzes durch den Amtsarzt. — *Zurukzoglu:* Das medizinische Recht. — *Sobernheim:* Das Bundesgesetz gegen die Tbc. — *O. Weber:* Tbc. und eidgen. Tbc.-Gesetz. — *G. Weidmann:* Das neue Tbc.-Gesetz; Rückgang der Tbc. ist noch kein Sieg. — *E. Wartmann:* Stand der Tbc.-Bekämpfung. — *Stähelin:* Die Bekämpfung der Tbc. und das Tbc.-Gesetz. — *Ganguillet:* Die Tätigkeit der Behörden gegen die Tbc. in der Schweiz. — *B. Zweifel:* Die Bekämpfung der Lungentbc. und der Entwurf eines Gesetzes gegen die Tbc. — *Niederer:* Mitteilungen über statistische Unterlagen zu einer Tbc.-Versicherung; Die Vollziehungsverordnung über Ausrichtung von Beiträgen an die Krankenkassen auf Grund des Tbc.-Gesetzes. — *M. Gähwyler:* Die moderne Bekämpfung der Tbc. mit besonderer Berücksichtigung der Schule. — *H. Baumann:* Tbc.-Fürsorge. — Arbeitsprogramm der „Zentralkommission" 1905. — *F. Schmid:* Tbc.-Sterblichkeit. — *F. Humbert:* Abaissement de mortalité par tbc. — U. a.